FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 138

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

CHEZ LE JEUNE

AU-DESSOUS DE 25 ANS

LYMPHANGITE PULMONAIRE CANCÉREUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Henri ESSARD

Né le 27 Février 1878, à Lyon (Rhône),

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et de la Maternite de la Charité,

Moniteur au Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 138

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC
CHEZ LE JEUNE
AU-DESSOUS DE 25 ANS

LYMPHANGITE PULMONAIRE CANCÉREUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1907
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Henri ESSARD

Né le 27 Février 1878, à Lyon (Rhône),
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de la Charité,
Moniteur au Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté.



LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . Doyen.
J. COURMONT . . . . Assesseur.

Doyen honoraire : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU. AUGAGNEUR, MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE BONDET
Cliniques chirurgicales	BARD PONCET JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	PIERRET
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE,
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	TEISSIER
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET
Anatomie pathologique	TRIPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	SOULIER
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire . . . . M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX.	
Thérapeutique générale	COLLET	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique	ANCEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch...
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	VORON, Ch...
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BÉRARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TRIPIER, *Président ;* DEVIC, *Assesseur ;*
MM. PAVIOT et COMMANDEUR, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE. — A MA MÈRE

Témoignage de sincère affection et de profonde reconnaissance pour la sollicitude constante dont ils nous ont entouré.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON NEVEU

En gage de solide et fraternelle amitié.

A TOUS LES MIENS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TRIPIER

Qui nous a fait l'honneur de nous accueillir dans son laboratoire, parmi ses élèves.

A mes Maîtres de la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DEVIC

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAVIOT

Qui nous ont toujours accueilli avec la plus grande bienveillance et des leçons desquels nous avons été heureux de profiter.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Lyon

EXTERNAT

M. le Dr GANGOLPHE, Chirurgien des Hôpitaux.

M. le Dr VINCENT, Ex-Chirurgien des Hôpitaux.

M. le Dr AUDRY, Médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur-Agrégé DEVIC, Médecin des Hôpitaux.

INTERNAT

M. le Professeur-Agrégé ROCHET, Chirurgien-Major de l'Antiquaille.

M. le Professeur-Agrégé PAVIOT, Médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur-Agrégé TIXIER, Chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur-Agrégé DURAND, Chirurgien des Hôpitaux.

M. le Dr BRET, Médecin des Hôpitaux.

M. le Dr GAREL, Médecin des Hôpitaux.

M. le Dr AUDRY, Médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur-Agrégé COMMANDEUR, Accoucheur des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

CHEZ LE JEUNE

AU-DESSOUS DE 25 ANS

LYMPHANGITE PULMONAIRE CANCÉREUSE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Considéré longtemps comme une rareté pathologique, le cancer de l'estomac chez les jeunes a pris rang, ces dernières années, dans la clinique médicale ; et les observations publiées en sont devenues plus nombreuses, contrôlées soit par l'anatomie pathologique, soit par les opérations, surtout depuis que les progrès de la chirurgie moderne ont rendu presque sans dangers les interventions sur l'estomac.

Le premier travail d'ensemble fait sur cette question remonte à la thèse de Mathieu, Lyon 1884. Jusque-là, les anciens auteurs se bornaient à en signaler la rareté,

quelques-uns même, niant la possibilité du développement d'une telle affection néoplasique chez le jeune. D'ailleurs, les travaux statistiques faits à différentes périodes, confirmaient cette manière de voir en montrnt l'excessive rareté de ces cas. Chardel, Beyle et Cayrol; Louis, Valleix, Bamberger, Wilson Fox dans le *Traité de pathologie* du Dr Reynolds, puis Brinton, Leube dans le *Manuel de Ziemssen*, Jaccoud, Roberts Bartholow, Ebstein, Meissner, tous fixent entre 40 et 50 ans la période d'apparition habituelle du cancer de l'estomac. Au-dessous de 30 ans, c'est à peine si un ou deux de ces observateurs ont pu en constater l'existence.

Cependant Kaulich, Cullingworth en signalent chez des enfants de 6 semaines et de 1 an et demi.

Puis apparaissent des statistiques faites à différents points de vue. Marc d'Espine, Lebert signalent 1 cas avant 30 ans sur 159; Ott et Reichert ont une moyenne de 2 pour 100 avant 30 ans sur 400 cas; Katzenellenbogen 1 sur 60; Dittrich en constate aux autopsies 2 cas, l'un de 24, l'autre de 19 ans; Lebert en trouve 3 cas sur 314. De plus en plus apparaît la possibilité du cancer de l'estomac chez le jeune; mais la rareté en est telle que Bamberger, Leube, Damaschino, Loiseaux, Rühle conseillent, dans les cas douteux, d'éliminer cette hypothèse.

Scheffer, à la suite d'une enquête statistique, montre que cette affection peut se trouver à tous les âges. Enfin Mathieu, sous l'inspiration de Bard qui communique 2 cas de 28 ans à la Société des sciences médicales de Lyon, fait sa thèse où il fixe les caractères cliniques

de l'évolution du cancer d'estomac chez le jeune ; il en montre la possibilité et lui donne comme caractère d'être de marche rapide, se terminant par des accidents plus ou moins brusques, de n'être pas latent, et d'être méconnu le plus souvent, car la maladie ne s'accompagne pas en général de cachexie ; l'appétit reste conservé et les troubles digestifs sont souvent réduits au minimum. Nous sommes arrivé cependant à des conclusions un peu différentes.

A partir de ce moment, tous les auteurs décrivant le cancer d'estomac parlent incidemment de la forme chez le jeune, en lui donnant les mêmes caractères cliniques. Les traités spéciaux de Eichorst, Bouveret, Debove et Rémond, Dujardin-Beaumetz, Robin, de même que les articles faits dans les traités de médecine, y consacrent quelques lignes. Les observations médicales et surtout chirurgicales en deviennent plus fréquentes. Enfin, quelques articles originaux y sont consacrés ; Osler et Mac Crœ, Reinbrecht et en 1904 la thèse de Gander, de Berne. C'est le dernier travail complet que nous ayons recueilli sur la question ; il discute d'ailleurs les caractères donnés par Mathieu.

Ayant eu dans son service un cas de cancer latent de l'estomac chez une femme de 22 ans, M. le professeur agrégé Devic nous proposa de traiter ce sujet dans notre thèse inaugurale, l'observation étant d'autant plus intéressante que la terminaison de l'affection fut des plus curieuses, et donna lieu à une erreur de diagnostic. Mais au contraire de Mathieu et à l'exemple de Gander, nous avons pris comme limite supérieure de nos observations, l'âge de 25 ans. Mathieu, dans sa

thèse, fait rentrer jusqu'à des cas de 33 ans. Or, depuis 1884, la quantité des cas publiés jusqu'à cet âge est devenue très considérable, et ce sont des centaines d'observations que l'on amasserait en recueillant les cas entre 25 et 33 ans publiés dans les nombreux travaux faits ces dernières années, soit au point de vue clinique ; soit surtout au point de vue chirurgical.

Nous n'avons d'ailleurs pas la prétention d'avoir recueilli toutes les observations parues ; un bon nombre d'entre elles a dû nous échapper. D'autre part, parmi celles que nous publions, beaucoup sont loin de contenir d'une façon détaillée, et avec des renseignements précis, toutes les indications cliniques nécessaires. Nous avons laissé systématiquement de côté tous les cas douteux où l'autopsie, ou une opération, n'ont pu être pratiquées; ou bien ceux où celles-ci n'ont donné que des indications peu précises. Tels sont les cas de Meissner (enfant de 1 an 1/2) ; Wiliamson (nouveau-né) ; Kaulich (enfant de 1 an 1/2); Kuhn, Widerhofer (congénitaux), de Jackson, Hirtz, Osler et Mar Crœ (pour 2 de leurs observations). Nous n'avons gardé que les cas certains et il nous en est resté 70 environ. Encore parmi ceux-ci, en est-il, où les renseignements cliniques sont par trop succincts, quelquefois même absents, pour entrer en ligne de compte. Nous les publions cependant à titre de documents et comme moyen de statistique. En réalité, c'est sur les 43 cas de la première série que nous basons notre description. Nous y avons placé, par ordre d'âge, tous les cas où les symptômes ont nettement prédominé sur l'appareil digestif et plus particulièrement sur l'estomac, nous

réservant de décrire à part les rares cas particuliers, où l'évolution des accidents a été trop anormale et trop spéciale pour permettre de faire un diagnostic exact ; celui-ci avait été fait dans la très grande majorité des cas de la première série.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Avant d'aborder la partie purement clinique, il nous faut fixer les caractères généraux communs à tous ces cas sur l'étiologie, les antécédents, la durée de cette affection.

Sexe. — Sur 61 cas où le sexe est indiqué, l'on trouve 34 individus du sexe masculin, 27 du sexe féminin, d'où prédominance légère pour le sexe masculin, fait en corrélation avec les statistiques générales pour l'âge adulte (Tornow, Shrader, Braütigam). Sanerot, dans sa thèse sur le cancer de l'estomac à évolution lente, signale également dans ses cas le même fait.

Age. — La fréquence devient plus sensible à partir de 13 ans et, sur 69 cas où il est établi, on trouve : 2 cas congénitaux, 1 de 8 ans, 1 de 13, 2 de 14, 1 de 15, 2 de 16, 3 de 17, 1 de 18, 4 de 19, 7 de 20, 10 de 21, 6 de 22, 8 de 23, 9 de 24, 11 de 25. La fréquence des cas semble donc croître proportionnellement avec l'âge.

Durée. — L'on se heurte à des difficultés plus grandes lorsqu'on cherche à fixer la durée de l'évolution des accidents ; dans quelques cas, la date du

début a été nette, l'évolution progressive, la terminaison connue, et le diagnostic fixé par l'autopsie. Dans d'autres cas, la terminaison est connue, mais il est plus difficile de fixer la date du début ; les troubles digestifs remontent en effet à plusieurs mois ou plusieurs années avant l'apparition des symptômes graves, et il semble logique de faire rentrer ces accidents, assez souvent semblables à ceux de l'ulcère de l'estomac, dans l'évaluation du temps, en les considérant déjà comme des symptômes de la néoplasie gastrique. D'ailleurs, c'est surtout dans les formes à évolution lente que nous retrouvons ces troubles digestifs datant de longue date.

Dans un troisième groupe de faits, enfin, la date du début peut être suffisamment précisée ; mais le malade, ou bien a été perdu de vue à un moment donné de la maladie, ou bien a été opéré, et l'on manque de renseignements parfois sur l'évolution consécutive. Nous avons donc été réduits à ne faire entrer dans la fixation de la durée de la maladie que le temps pendant lequel a été suivi le malade ; nous y faisons rentrer également la durée de la survie connue pour les cas opérés. Voici un tableau qui reproduit, en mois, la durée de l'évolution, avec l'âge correspondant des malades ; cette durée a pu être *approximativement* fixée dans 37 cas.

1 mois . .	23 ans (décès après pylorectomie).
2 — . .	14, 23.
3 — . .	23, 25.
4 — . .	20.
5 — . .	5.

6 mois	. .	21, 22, 22, 23.
8 —	. .	19, 22, 23.
9 —	. .	24, 25.
12 —	. .	19, 20, 20, 20
13 —	. .	25.
15 —	. .	24.
16 —	. .	25.
18 —	. .	24, 24.
20 —	. .	21.
23 —	. .	25.
24 —	. .	19, 23.
27 —	. .	22.
30 —	. .	21.
36 —	. .	22.
38 —	. .	15 1/2.
42 —	. .	25.
48 —	. .	24.
82 —	. .	24 après résection gastrique.

L'on ne peut en tirer aucune conclusion précise sur la variabilité de l'évolution proportionnellement à l'âge : il semble bien que l'âge dans ces cas soit une donnée indifférente, et que l'évolution n'est pas d'autant plus rapide que les sujets sont plus jeunes.

Sur les 37 cas où la durée est fixée, il y en a 16 de moins de 12 mois, 19 de 12 mois et plus ; or, dans les classiques, nous trouvons indiqué, comme celui de la durée moyenne des accidents chez l'adulte, le chiffre de 12 à 15 mois. Tous les auteurs font d'ailleurs des réserves, et indiquent des durées abrégées de 4 mois, et des formes prolongées pouvant aller jusqu'à plusieurs années. Or, nous n'avons que 5 cas d'une durée infé-

rieure à 4 mois. Il semble donc que, si le jeune âge a des formes, exceptionnelles chez l'adulte, à évolution très rapide, elles sont loin d'être une règle constante, et que, par la durée, le cancer du jeune n'est pas très sensiblement différent du cancer de l'adulte. Il existe, cela est entendu, chez le jeune, des formes où les accidents se précipitent ; mais nous les considérons comme une forme clinique spéciale au jeune, qui reste cependant une exception. D'ailleurs, dans ces 5 cas le début se trouve avoir été assez difficile à préciser ; dans l'observation 26, le début remontait à 1 mois, lorsque le malade fut opéré et mourut de choc ; nous l'avons cependant fait rentrer dans la statistique comme ayant eu 1 mois de durée. Dans l'observation 27, le début remontait également à 1 mois ; mais l'on trouva à l'autopsie d'énormes noyaux de généralisation, et rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu là un cas de cancer latent, bien toléré jusqu'au moment où se sont produites les généralisations ; de même l'observation 38, à laquelle nous n'avons donné qu'une durée de 3 mois, concerne un malade dont les accidents remontaient à 3 mois, qui présentait une tumeur inopérable et a été perdu de vue à partir de ce moment. On voit donc combien il est difficile d'arriver avec les renseignements trouvés à fixer une durée moyenne au cancer de l'estomac chez le jeune. Il nous semble avoir une évolution un peu plus rapide en règle générale que chez l'adulte, mais sans que la différence soit aussi accentuée qu'on l'a dit jusqu'à présent dans la moyenne des cas, du moins pour ceux ayant eu une symptomatologie gastrique.

Au contraire, dans les cas où la scène a été typique et a revêtu surtout le masque d'une affection générale, nous trouvons une durée très réduite : 8 semaines dans l'observation 67 (24 ans), 13 semaines dans l'observation 69 ; dans l'observation 66, concernant un enfant de 14 ans, la durée ne peut être établie. Dans l'observation 65, où l'on fit le diagnostic d'obstruction intestinale, nous avons 2 mois 1/2 à 3 mois. Quant au cas de M. Devic (obs. 70), il est impossible de fixer le début des accidents, la malade ayant eu déjà plusieurs années auparavant des troubles gastriques.

Comme conclusion nous admettrons donc à côté de formes à évolution particulièrement rapide, mais exceptionnelles, des formes sensiblement analogues à celles de l'adulte.

Antécédents. — Si nous envisageons maintenant les antécédents présentés par les malades, nous ne les trouvons que rarement signalés. Comme antécédents héréditaires, nous trouvons deux fois le cancer, une fois la tuberculose, signalée chez les ascendants (obs. 6 et 36) ; les antécédents personnels sont en général quelconques, et les sujets atteints jouissaient d'une bonne santé avant le début des symptômes. Chez quelques-uns, assez rares d'ailleurs, on trouve des accidents gastriques remontant à quelques mois, et ayant précédé les symptômes de déchéance générale, mais nous les considérons comme la première manifestation de la maladie. Quelques malades étaient des alcooliques avérés. Chez les femmes, nous trouvons la coexistence d'une grossesse ayant évolué avant, ou au cours des accidents gastriques et ayant pu dans un cas

(Audibert) faire hésiter le diagnostic. Dans deux cas les malades ont pu conduire à bien une grossesse après intervention. Nous n'avons trouvé qu'une fois (obs. 7) l'existence d'une syphilis remontant à l'âge de 13 ans, les deux affections se surajoutant assez fréquemment (thèse Horand). En somme, il est impossible de déduire aucune donnée de la notion des antécédents.

Ceci dit, nous passons à l'étude purement clinique, en étudiant d'abord le cancer d'estomac à évolution typique ; puis nous passerons aux formes anormales. Nous avons divisé les observations des premiers cas en deux séries ; celles au nombre de 43 ayant des données précises, et celles n'ayant que des renseignements insuffisants et dont nous ne tenons aucun compte.

PREMIÈRE PARTIE

CAS OU LA SYMPTOMATOLOGIE A PRÉDOMINÉ SUR L'APPAREIL GASTRIQUE

PREMIÈRE SÉRIE D'OBSERVATIONS

1. Ashby et Wright. — Il s'agit d'un enfant de huit ans admis pour météorisme de l'abdomen. Pas de vomissements ni de tumeur, aucune sensibilité de l'abdomen. Quelques mois plus tard, l'abdomen est sensible et l'on palpe une tumeur à droite de l'ombilic. L'enfant se plaint de vives douleurs, la mort survient rapidement.

L'autopsie révèle la présence d'adhérences très fortes entre l'estomac, le duodénum et le côlon transverse. L'estomac, dilaté, a ses parois épaissies; le pylore laisse à peine passer l'index. En amont du pylore, l'on constate deux petites tumeurs de la grosseur d'un pois et, en aval, sur les abords du duodénum, l'on remarque une cavité à bords irréguliers et en partie détruits par le néoplasme.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithéliome.

2. A. Sheffer. — Michel B..., âgé de quatorze ans, entre le 22 mai 1877 à la Clinique des enfants, à Strasbourg; renseignements très vagues.

Le malade affirme s'être toujours bien porté antérieurement. Depuis neuf semaines, il se sent malade et il l'attribue à un refroidissement. Le malade se contredit à plusieurs reprises.

Il prétend avoir toujours ressenti, depuis le début de sa maladie, une douleur dans le côté gauche; il a perdu l'appétit et ne peut dormir comme d'habitude, à cause de sa douleur. Il n'a jamais rien éprouvé du côté des organes respiratoires, ni douleur, ni toux. A son entrée, la température est à 38°2 le matin; le pouls, un peu accéléré, à 126; la respiration à 28. Voici son état au 3 mai. Le malade fait une triste impression; le visage est blafard, avec une teinte jaunâtre; les muqueuses conjonctivale et labiale sont profondément anémiées; la peau est jaunâtre, comme chez les individus cachectiques; elle est sèche, rugueuse et l'on remarque aux extrémités une grande quantité de lamelles épidermiques en voie d'exfolliation.

Pas d'œdème, ni d'exanthème; nulle part des ganglions lymphatiques saillants. Le pannicule adipeux a presque complètement disparu; la musculature est peu développée, la charpente osseuse très grêle.

Le malade affectionne le décubitus dorsal, mais il peut en changer très facilement et sans douleur. La peau n'est pas chaude, le pouls est petit. Pas de troubles sensoriels.

Respiration costo-abdominale; la partie inférieure du thorax paraît avoir une excursion moins ample du côté gauche; les espaces intercostaux paraissent plus larges à ce niveau et la moindre pression y éveille une douleur assez vive. Percussion normale en avant: pas d'augmentation de volume du foie; dans la fosse sous-clavière gauche, le son est fort, plein et profond; il s'obscurcit un peu vers la troisième côte et prend un timbre tympanique, qu'il revêt franchement au-dessous de la cinquième. Dans la ligne axillaire, à gauche, le son est un peu obscur et tympanique vers la sixième côte; la matité s'accentue au-dessous et se laisse poursuivre jusque sous les fausses côtes. Rien du côté du cœur.

A gauche et derrière, la percussion montre un peu de matité au-dessous de l'épine de l'omoplate; celle-ci devient absolue au niveau de la septième côte. Dans toute l'étendue de cette zone de matité, la respiration prend un caractère bronchique pendant l'expiration.

La langue est blanche, humide. Pas de vomissements. L'abdomen paraît proéminent à sa partie supérieure et la palpation indique que le côté gauche est légèrement plus saillant; on provoque au point saillant à gauche une très vive douleur et l'on ressent au même niveau une légère résistance. A une palpation méthodique, on reçonnaît la présence d'une tumeur lisse dont le bord antérieur s'avance à 1 cm. 5 de la ligne blanche et s'étend inférieurement à une largeur de main de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A ce niveau, une vive douleur. La limite de cette tumeur paraît répondre à la rate hypertrophiée. En avant du bord antérieur, jusqu'à la ligne médiane et au delà, bruit de succusion.

Selles et urines normales, pas d'albumine.

L'examen du sang montre une augmentation considérable des globules blancs. Prescription : cataplasme, vin de quina, régime tonique.

Les jours suivants et jusqu'au 8 mai, la température a oscillé entre 36°7 et 37°1 le matin, 38 degrés et 38°1 le soir. Le patient est apathique, son sommeil est interrompu par des douleurs lancinantes qu'il éprouve dans le côté gauche.

Jusqu'au 13 mai, le malade se plaint d'une vive douleur à la tête; la douleur du côté gauche le poursuit sans relâche. Les urines ne contiennent toujours pas d'albumine.

14 mai. — Vomissement, le premier depuis le commencement de la maladie; le malade expulse les aliments sans mélange de matières bilieuses.

Dans les semaines suivantes, la température s'éleva avec un caractère irrégulièrement rémittent, elle atteint 39°4 et 39°8.

23 mai. — Nouveau vomissement alimentaire. Le patient devient d'une maigreur squelettique.

28 mai. — Accès de dyspnée; le malade est obligé de s'asseoir sur son lit; il se plaint toujours d'une douleur à l'hypochondre gauche. Sinapismes, injection de morphine. Les jours suivants, les accès de dyspnée se répètent.

2 juin. — La température s'élève à 40 degrés; le patient a un aspect absolument cachectique. L'exploration du thorax montre

de la matité en bas et en arrière. L'examen ophtalmoscopique ne montre ni les altérations spéciales de la leucémie, ni du tubercule.

3 juin. — T = 38°4 le soir. Le patient est très agité à cause de sa douleur et de sa dyspnée.

4 juin. — Collapsus. Vomissements vers 3 heures rouge foncé et marc de café ; incontinence de l'urine et des matières fécales. Mort à 6 heures du soir.

Autopsie par Recklinghainen. — L'abdomen est saillant, plus à gauche qu'à droite. Il contient un liquide abondant mêlé de débris floconneux. Anses intestinales agglutinées dans une grande étendue.

Estomac dilaté, adhérent au foie et à l'épiploon. Une fois ces adhérences rompues, on tombe sur une masse de tissu blanc, dur, qui constitue le long des mammaires internes, à gauche, trois tumeurs oviformes appartenant probablement à des ganglions ; la coupe en est granuleuse et donne beaucoup de liquide. De même, à droite des mammaires internes, les ganglions qui se trouvent au niveau du manubrium offrent la même lésion, mais moins avancée. L'estomac, distendu, est soudé à la portion gauche du diaphragme. Point de perforation, légères adhérences au foie ; ganglions mésentériques durs, volumineux, laissant échapper beaucoup de liquide. Quelques nodosités blanchâtres au niveau du repli péritonéal du rein gauche. Rein droit pâle et volumineux.

Le fond de l'estomac, malgré la dilatation, paraît petit, rétréci qu'il est par la tumeur. On y remarque une grande ulcération s'étendant presque jusqu'au cardia, à bords légèrement enroulés ; au milieu, on trouve une masse fragmentée noirâtre ; le pylore a une teinte rouge, il n'est pas obstrué. On trouve, appliquées contre la colonne, des tumeurs semblables à celles que nous avons signalées.

Le rein gauche est adhérent à la tumeur. Au niveau du cardia, on voit une tumeur qui occupe la partie stomacale dégénérée toute entière ; la petite courbure montre de nombreux nodules de même nature ; certains points sont complètement caséeux.

L'examen microscopique pratiqué sur des morceaux durcis de la tumeur, a montré qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde. On y voyait de nombreuses cellules rondes, granuleuses, dans des alvéoles irréguliers disposés au milieu du stoma ; celui-ci ressemblait en beaucoup de points au tissu conjonctif ordinaire; ailleurs, il se rapprochait du tissu réticulé.

Il s'agissait, dans notre cas, d'un cancer de l'estomac ayant envahi la rate, en la détruisant en grande partie. C'est le premier cas de ce genre qui ait été signalé chez l'enfant. Les symptômes du côté de l'estomac étaient combinés de telle sorte à ceux du côté de la rate, qu'il n'était pas possible de les rapporter à leur véritable origine et qu'une méprise était fatale.

3. Rutimeyer. — Mai 1898. Le patient âgé de quinze ans et demi, souffre de l'estomac depuis un an neuf mois. Les débuts de l'affection remontent à l'automne 1896 par d'intenses douleurs après les repas; en mai 1897 elles se compliquent de vomissements qui se produisent environ une demi-heure après l'ingestion des aliments. Jamais d'hématémèse. En décembre 1897, le patient entre à la clinique médicale de Bâle, où l'examen du chimisme de l'estomac révèle l'absence d'acide libre, la présence d'acide lactique et une acidité totale de 25. Pendant les quinze jours qu'il séjourne dans le service de médecine le patient diminue de 5 livres. Une tumeur convexe visant au pylore et occupant la région sous-ombilicale ayant été constatée, et le néoplasme s'accompagnant de mouvements péristaltiques visibles par instant, l'on porte le diagnostic de cancer du pylore avec ectasie de l'estomac. Le patient passe à la clinique chirurgicale.

Le 18 janvier 1898, le professeur Socin pratique la gastro-entérostomie et trouve un estomac très dilaté, le pylore complètement occupé par une tumeur légèrement bosselée et de la grosseur d'un poing d'enfant. Le néoplasme se propage jusqu'à la moitié de la petite courbure, et intéresse la paroi antérieure de l'estomac sur un parcours d'environ 5 centimètres. Dans le voisinage de la tumeur, de nombreuses glandes cancéreuses occupent surtout le ligament gastro-hépatique et se propagent

très loin sous le foie. L'examen histologique d'une glande décela la nature squirreuse du cancer. Sous l'influence de la gastro-entérostomie l'état de la nutrition du patient se releva suffisamment pour que, neuf semaines plus tard, l'on put songer à la résection du pylore, opération pratiquée le 28 février 1898. L'extirpation des glandes fut aussi complète que possible. La pièce anatomique ainsi recueillie était une tumeur, de la grosseur d'une mandarine, stricturant le pylore de telle sorte qu'un crayon ne passait qu'avec peine l'orifice La résection se fit partout dans le tissu sain, à environ 1/2 centimètre de la tumeur. Le malade guérit sans autre complication qu'un abcès de la paroi abdominale. Un bien-être relatif s'établit.

Le 24 mai l'état était moins satisfaisant, fait que le médecin attribue aux fautes de diète quotidienne que commet l'enfant. La sonde ramène des résidus alimentaires en masse. Le déjeuner d'essai après lavage de l'estomac permet de révéler l'absence d'acide libre, une réaction très intense d'acide lactique et une acidité totale de 16. Le patient se plaint beaucoup de l'estomac qu'on trouve très sensible à la pression.

Des lavages réguliers de l'estomac ainsi qu'un régime un peu plus sévère eurent raison de ces troubles gastriques, et le patient reprend ses occupations d'apprenti sellier. L'euphorie est complète et l'état de nutrition bon.

En août 1898, le professeur Socin constate à la droite de la cicatrice une résistance dure de la grosseur d'une pièce de 5 francs. En novembre 1898, le chimisme est le suivant : acide libre 0 ; acidité totale 14 ; acide lactique, réaction positive ; la fibrine n'est pas digérée ; elle ne l'est qu'incomplètement avec l'addition d'acide chlorhydrique. Il s'agit donc d'une diminution d'énergie peptique déjà précaire.

Dès le mois de juin de l'année suivante l'état du malade empire ; les douleurs sont redevenues fréquentes, les vomissements reparaissent, le patient a maigri. La stagnation des aliments va en augmentant ; sous l'arcade costale droite l'on aperçoit une tumeur bosselée sise transversalement, sans doute une récidive. Le néoplasme croit rapidement, la cachexie devient

manifeste, l'hydropisie apparaît. Le patient meurt en automne 1899.

A l'autopsie faite par le Dr Rutimeyer, l'on constate la présence d'un cancer occupant la plus grande partie de ce qui reste de l'estomac et de très nombreuses métastases du foie.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans le très jeune âge du sujet, quinze ans et demi et dans la longue durée de l'affection, trois ans. Il est vrai que dans ce cas il faut tenir compte de deux interventions chirurgicales qui, grâce à un diagnostic promptement établi, ont exercé la première une influence indéniable sur la nutrition du patient et dont la seconde a entravé pendant quelques mois le néoplasme dans sa marche progressive. En outre, nous devons nous souvenir qu'il s'agissait ici d'un squirre, fait qui ne semble pas indifférent pour expliquer, malgré l'âge si jeune du sujet, l'évolution lente du cancer. Cette observation démontre aussi avec évidence tous les avantages qui résultent d'un examen consciencieux du chimisme de l'estomac. Les troubles dyspeptiques, manifestes chez le patient depuis dix-huit mois, ne présentaient rien de bien caractéristique : douleurs, puis plus tard vomissements une demi-heure après les repas sans jamais d'hémorragie. Seule l'absence d'acide libre et la présence d'acide lactique avec une acidité totale de 25, font naître des soupçons sur la vraie nature cancéreuse de l'affection et un examen attentif permet de découvrir une tumeur qui fixe le diagnostic.

4. Czerny-Steudel. — 44. Wilhelm Sch., dix-huit ans, constructeur de navire. Reçu le 18 octobre 1897. Carcinome du pylore. Gastroentérostomie postérieure au bouton de Murphy le 23 octobre 1897. Deuxième laparotomie le 6 décembre 1897. Sortie le 2 janvier 1898.

Le sujet était depuis longtemps sous les tropiques, sans avoir contracté de maladies tropicales. Il y a environ huit semaines eut lieu un vomissement quelques heures après le repas; dès lors, pesanteur douloureuse dans la région de l'estomac. Les selles étaient difficiles et plus foncées de couleur qu'auparavant.

Depuis quatorze jours, hémorragies étendues dans la peau. Dans les derniers temps les vomissements se produisirent plusieurs fois par jour. Amaigrissement d'environ 40 livres.

Etat : Homme d'aspect extrêmement cachectique. Sur les téguments de tout le corps se trouvent disséminés des points hémorragiques situés dans la profondeur de la peau, mais dont quelques-uns aussi sont confluents sur une plus grande surface, en particulier au ventre et à la racine des cuisses. L'abdomen est creusé en bateau. L'estomac rempli va jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Un peu à droite de la ligne médiane, au niveau du rebord costal, se trouve une masse ferme, résistante, grosse comme une noix, qui par l'évacuation de l'estomac recule au-dessus du foie. L'estomac pompé à jeun contient beaucoup d'aliments indigérés, pas d'acide chlorhydrique libre.

Diagnostic clinique : Carcinome du pylore. Diathèse hémorragipare.

Opération le 23 octobre 1897 (Czerny) : L'épiploon et le mésentère sont extrêmement amaigris, mais visiblement gorgés d'un sang visqueux. Le mésocôlon transverse est un peu court, et par suite l'espace un peu diminué ; mais on réussit pourtant à travers les replis vasculaires à libérer sans effusion de sang la face postérieure de l'estomac et à faire l'anastomose avec le jejunum par le bouton de Murphy. Suture abdominale de Spencer-Wells. Durée de l'opération, vingt minutes. Au pylore on trouva une masse assez ferme, noueuse, dure, de la grosseur d'une noix, qui eût été extirpable, si le malade s'était de nouveau amélioré.

A partir du premier jour, prise de lait par la bouche : le premier jour un demi-litre, les suivants un à un et demi. Plus de vomissements. A partir du quatrième jour, selles régulières. La plaie guérit par première intention, la peau n'eut plus d'hémorragie. Poids le 5 novembre 44 kg. 5, le 19 novembre 48 kilogrammes. Examen du sang le 17 novembre : globules rouges 2.000.000, globules blancs 1.600.000. Hémoglobine d'après Fleischl 45 pour 100. Dès le 25 novembre se montrent des troubles dans la digestion, quelques vomissements. Une trace d'acide lactique, pas d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. L'is-

sue du bouton de Murphy n'avait pas encore été constatée ; on décida alors une nouvelle opération, pour enlever si possible la tumeur et le bouton de Murphy.

Opération le 6 décembre 1897 (Czerny) : Toute la région pylorique environ dans l'étendue de 10 centimètres est maintenant occupée par une tumeur dure, bosselée, qui s'étend le long du cardia, sous forme d'infection ganglionnaire en chapelet et infiltre aussi de nodosités le ligament gastro-colique sur une certaine longueur. Même dans l'épiploon et le pancréas se trouvent encore des noyaux durs et fermes qui, en tout cas, sont bien constitués comme des métastases. Notamment la tumeur du pancréas donna un instant l'illusion de la présence du bouton de Murphy dans l'estomac, mais une exploration suffisante aussi bien de l'estomac que de l'étage abdominal inférieur ne permit pas de trouver le bouton. On abandonna alors l'idée d'une opération plus considérable, et la cavité abdominale fut refermée. Le carcinome du pylore n'était pas adhérent à la face antérieure, mais il se trouvait là des adhérences dures du grand épiploon à gauche de l'ancienne suture abdominale et, en assez grande quantité, de l'ascite d'abord claire, mais rapidement colorée par du sang.

Guérison de la plaie sans incident. Cachexie cancéreuse consécutive. Beaucoup de régurgitations. De temps à autre, vomissements. Lavage quotidien de l'estomac. Le 2 janvier 1898, le malade sur sa demande sortit pour retourner chez lui dans un état très mauvais. La tumeur s'est encore nettement accrue. On n'a pas observé l'issue du bouton.

5. Rutimeyer. — Jeune fille de dix-neuf ans, A Sehn, originaire de Bâle, campagne. Premier examen en novembre 1898.

La patiente qui n'a jamais souffert de l'estomac se plaint de cardialgies indépendantes de l'ingestion des aliments, de vomissements augmentant peu à peu pour devenir très fréquents et très copieux. Jamais d'hématémése, sauf une sensation de lourdeur dans la région épigastrique et des crampes irrégulières, pas d'autres douleurs.

Depuis six mois elle a diminué de 20 livres. La jeune fille, qui depuis longtemps s'astreint à une thérapeutique médicamenteuse pour dilatation de l'estomac, n'a subi qu'un seul lavage d'estomac. Après l'évacuation de l'énorme contenu stomacal, l'on sent une tumeur dure et bosselée sise à droite et au-dessous de l'ombilic et paraissant mobile. Le déjeuner d'essai donne les résultats suivants : Acide chlorhydrique libre 0 ; acidité totale 14 et beaucoup d'acide lactique. La patiente entre au sanatorium pour être opérée.

L'intervention chirurgicale pratiquée par le professeur Courvoisier révèle, à la grande surprise des opérateurs, une si grande tumeur du pylore, de la petite courbure et de la paroi postérieure de l'estomac, de si nombreuses adhérences, de tels paquets de glandes cancéreuses et une infiltration si avancée du péritoine que l'on doit renoncer à la résection et se contenter d'une gastro-entérostomie. Cette dernière donna un résultat fonctionnel satisfaisant et la patiente, selon son désir, quitta l'hôpital sitôt la plaie guérie. Elle mourut en février 1899 après de longues souffrances, une fistule sternale s'étant formée.

6. Kocher (Mémoire de Matti). — Eléonore S..., dix-neuf ans, horlogère.

Entrée, 23 mai 1904.

Début de la maladie au milieu de janvier, par des douleurs d'estomac violentes, des malaises et vomissements. Vingt et un vomissements avec des oranges qui avaient été mangées quatorze jours avant. Depuis, la malade a vomi presque tous les matins. Douleur et sensibilité à la pression de l'épigastre, une heure après avoir mangé. Les douleurs s'irradient dans le dos et le bras gauche. Sensation de douleur dans la région de l'estomac. Toutes les douleurs cessent après le vomissement. Depuis fin janvier, nourriture simplement liquide. Constipation, amaigrissement, perte des forces. Deux mois avant, accouchement. Mère morte d'un carcinome inopérable du ventricule de l'estomac.

Etat général : Nutrition très diminuée. Hémoglobine 85 p. 100.

Etat local. On sent à droite et en haut de l'ombilic, une petite

tumeur placée en travers de 3 à 4 centimètres de long, de la grosseur du pouce. Estomac fortement dilaté, se contracte vivement en travers. L'estomac dilaté va jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse et, à droite, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Diamètre transversal de l'estomac 18 centimètres, diamètre longitudinal 28 centimètres. A la partie supérieure droite, légère résistance. Sur la grande courbure, on sent quelques ganglions.

Chimisme. Repas d'épreuve; filtrat 165 centimètres cubes. Réaction acide. Pas d'acide chlorhydrique. Acidité totale 0,438 pour 1000. Déficit d'acide chlorhydrique 0,415 pour 1000. Réaction d'acide lactique fortement positive. Présence d'acide butyrique.

Microscopiquement, nombre de bactéries en amas. Le matin, rétention de 1.400 centimètres cubes.

Diagnostic clinique, carcinome du pylore.

Opération 2 juin 1904. Narcose au bromure d'éthyle ; section médiane. Tumeur du pylore. Ablation de quelques glandes sur la grande courbure et dans la concavité du duodénum. A la petite courbure, de nombreux ganglions montent très haut. Leur ablation est difficile, mais on peut cependant la réussir complètement. Après libération de la partie malade, résection typique de Kocher avec gastro-duodénostomie. Suture de la paroi, pansement au collodion.

Préparation macroscopique. Pylore sténosé sur une distance de 6 millimètres. La paroi en ce point est épaissie de plus de 1 centimètre. La musculaire est hypertrophiée en faisceaux comme des plumes. Ulcus de 2 cm. 50 de diamètre; la muqueuse au pourtour est bourgeonnante et jaunâtre. Sous-muqueuse infiltrée de carcinome. Nodules sur la séreuse. La tumeur a l'apparence d'un ulcus simplex.

Microscopiquement (professeur Langhans) carcinome simplex allant jusqu'à la séreuse. Métastases cancéreuses dans les ganglions.

Évolution : Le second jour vomissement d'environ 300 centimètres cubes de sang décomposé.

A partir du troisième jour, alimentation *per os*. Guérison telle que la patiente pouvait être renvoyée le 18 juin. Plus aucun vomissement; une alimentation mixte devient très bien tolérée. Selles régulières.

Revue le 2 août 1904. La patiente paraît manifestement mieux et elle a pris 17 livres.

Depuis l'opération, plus jamais de vomissements ni de douleurs d'estomac. La patiente se sent manifestement plus forte, a bon appétit et se nourrit sans la moindre incommodité d'une alimentation variée.

État général bon. Cicatrice linéaire non adhérente. Pas d'éventration. Pas de résistance à l'épigastre. L'estomac insufflé va jusqu'à l'ombilic. Le bord du foie est à sa place normale. La surface est lisse. Le matin pas de rétention. Repas d'épreuve : pas d'acide libre. Acidité totale : 0,365 pour 1000. Acide chlorhydrique, déficit 0.547 pour 1000. Microscopiquement, rares bacilles de moyenne longueur. Pas d'acide lactique.

7. Hirtz et Lesné. — *Épithélioma généralisé à toutes les parois de l'estomac chez une femme de dix-neuf ans.*

P. Fanny entre le 16 octobre 1895. Rien à signaler dans les antécédents.

A treize ans chancre syphilitique de la vulve. Traitée trois mois; puis internée deux ans dans une maison de correction. A sa sortie, elle mène une vie déréglée, boit jusqu'à trois absinthes par jour.

Amaigrissement depuis le commencement de 1894. La malade ressent alors après le repas de vives douleurs au creux épigastrique et, de temps à autre, il y a des vomissements; l'amaigrissement augmente de plus en plus.

Les règles apparaissaient jusque-là à époque fixe, elles sont maintenant supprimées.

A l'entrée : amaigrissement très marqué, yeux excavés, pommettes saillantes, teint pâle, muqueuses décolorées. Syphilides pigmentaires sur le cou.

Au niveau du creux épigastrique, douleur intense s'irradiant

entre les épaules et rendant l'exploration très difficile; on ne sent pas d'empâtement, sonorité normale.

L'ingestion des aliments exaspère cette douleur, inappétence presqu'absolue. Aux poumons : submatité au sommet gauche avec respiration soufflante. Pas d'expectoration. Rien aux autres organes. Comme traitement, vésicatoire sur l'estomac, régime lacté. La douleur diminue au bout de trois semaines.

Nouvel essai d'alimentation : les aliments solides s'arrêtent au niveau du cardia et l'ingestion est immédiatement suivie de régurgitation; pas de sang dans les vomissements.

Par moment la déglutition se fait normalement. Les douleurs apparaissent plus ou moins violentes et parfois disparaissent complètement. Bientôt la malade ne prend plus aucune nourriture et maigrit de plus en plus. Jamais de teint jaune paille ou d'adénopathie. Elle a le facies d'une tuberculeuse. Le gavage essayé, la sonde est arrêtée au niveau du cardia; la plus petite olive y passe difficilement. On porte le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage syphilitique, après avoir éliminé le cancer à cause de l'âge et de l'absence de symptômes. On donne de l'iodure sans résultat. L'amaigrissement devient extrême malgré les lavements alimentaires.

Traces d'albumine dans les urines, pas d'œdème des jambes.

En décembre, apparition de toux et expectoration purulente, nummulaire, striée de sang. Signes d'excavation aux deux sommets. Les troubles digestifs augmentent en janvier 1896; on essaie vainement la dilatation du rétrécissement; apparition de muguet. Décès le 4 février 1896 avec émaciation extrême.

Autopsie : 1 litre de liquide séreux, verdâtre, dans le péritoine; granulations péritonéales; rétraction et épaississement du grand épiploon, du mésocôlon. Ganglions mésentériques caséeux. Reins normaux.

Foie congestionné avec granulations miliaires. La rate en présente également. Rien au cœur, ni aux organes du petit bassin.

Poumon droit adhérent, avec cavernes grosses comme des noisettes aux deux sommets.

Ganglions mammaires et médiastinaux augmentés de volume.

On enlève le tube digestif en masse. On isole à grand'peine l'estomac dont la paroi est dure, blanchâtre et tomenteuse.

L'œsophage, sauf quelques ulcérations, est normal au-dessus du cardia.

L'estomac est très rétracté; les parois, y compris celles du cardia et du pylore, sont épaisses, blanchâtres, d'aspect lardacé; l'épaisseur en certains points (grande courbure) atteint 5 cenmètres.

Muqueuse tomenteuse, non ulcérée, avec taches hémorragiques. Pas de bourgeons.

En examinant la paroi, on voit qu'elle se compose de deux parties égales, l'une comprenant la muqueuse et la musculeuse, l'autre la couche cellulaire et péritonéale.

Rien au duodénum,

En résumé on conclut à la tuberculose du poumon; pour le reste, deux hypothèses, après avoir rejeté la syphilis : affection gastrique généralisée, ou péritonéale chronique.

Examen microscopique :

Estomac : L'épithélium a presque complètement disparu. La surface de la muqueuse est hérissée de prolongements conjonctifs recouverts de cellules cylindriques. Ils limitent une série de boyaux juxtaposés allant vers la profondeur, ramifiés par places et tapissés de cellules cylindriques assez régulièrement implantées sur les parois; exceptionnellement, on en voit quelques-unes de libres dans la cavité. Parfois, les culs-de-sac sont coupés perpendiculairement à leur axe et apparaissent sous forme de cercles dont la face interne est tapissée par le même épithélium cylindrique, typique. En aucun point il a n'y de carcinome. Toute la muqueuse est occupée par ces culs-de-sac dilatés qui en rendent les éléments méconnaissables; les fibres de la couche musculaire sont dissociées et séparées par les mêmes éléments épithéliaux.

Plus profondément le tissu cellulaire est infiltré de nombreuses cellules cylindriques plus grosses et plus irrégulières dont le noyau se colore mal à l'hématoxyline; elles sont là disposées irrégulièrement et entourées d'éléments conjonctifs avec fibrilles et cellules rondes abondantes.

En somme : épithélioma développé aux dépens des culs-de-sac glandulaires de la muqueuse gastrique.

Mêmes lésions au pylore et au cardia.

Rien à l'œsophage et au duodénum. Au niveau des ulcérations de l'œsophage, disparition de l'épithélium et d'une partie des éléments du derme qui est infiltré de cellules embryonnaires.

Grand épiploon : éléments de généralisation embryonnaires et cylindriques. Le pancréas contient également beaucoup de cellules cylindriques.

La rate est envahie.

Au foie, les espaces portes sont atteints. Ils contiennent du tissu conjonctif dont les éléments jeunes sont plus abondants que les fibres ; tantôt ce ne sont que des îlots, tantôt on voit partir de l'espace porte une bande conjonctive qui suit la fissure de Kiernan et va rejoindre l'espace porte voisin. Ce sont surtout les parois de la veine porte qui sont envahies, épaissies, infiltrées de cellules rondes. Les grosses divisions de la veine porte intra-hépatique présentent les mêmes altérations.

8. Steudel. — W. S..., vingt ans. Fille d'auberge. Reçue le 15 mai 1897. Sténose du pylore par carcinome. Gastroentérostomie postérieure au bouton de Murphy le 28 mai. Partie le 25 juin. Morte le 8 septembre 1897 (Dr Henrici, de Neckar-bischofsheim).

Depuis septembre 1896 la patiente souffre de fortes douleurs gastriques. Depuis trois semaines, elle vomit après chaque repas. En avril 1897, il y eut un peu de sang mêlé aux vomissements. Les selles ne s'obtenaient que par lavements et étaient fréquemment colorées en noirâtre. La malade fut traitée pendant les quatorze derniers jours par la diète et les lavages d'estomac. Comme cela n'amenait aucune amélioration, la patiente fut montrée à la clinique chirurgicale.

Etat. — Jeune fille anémique très amaigrie. Poids : 86 livres. La grande courbure de l'estomac est un peu au-dessus de l'ombilic. Pas de clapotage. Dans la région du pylore existe une légère résistance avec douleur modérée. L'estomac, lavé le matin,

est vide. Par le lavage s'évacuent seulement quelques mucosités. Les matières vomies plus tard donnent la réaction acide, pas de réaction d'acide lactique. Acide chlorhydrique seulement à l'état de traces. Pas de sang. De la suite de l'observation, il résulte que la malade vomit toute sa nourriture. Le 23 mai, on trouva dans les vomissements deux amandes de prune qui, d'après les renseignements de la malade, avaient été avalées, en tout cas, plus de trois mois avant. Le 24 un ascaris fut vomi. Les vomissements contenaient souvent de la bile, jamais d'acide lactique, de l'acide chlorhydrique en quantité croissante, mais jamais trop considérable. Perte de poids du 15 au 28 mai : 6 livres.

Diagnostic clinique. — Vomissements rebelles (sténose du pylore ou du duodénum ?)

Opération le 28 mai 1897 (Czerny). — Anesthésie à l'éther. La grande courbure de l'estomac est assez profondément située, l'estomac modérément hypertrophié. La région pylorique n'est pas fixée, elle est entourée d'une petite tumeur noueuse, qui, à la palpation, donne l'impression d'un carcinome. La patiente étant très souffrante et le pouls un peu mou, on abandonna l'idée d'essayer une solution radicale et l'extirpation, et l'on pratiqua une gastroentérostomie typique suivant le procédé ordinaire de Von Hacker, avec le bouton de Murphy n° 2. Elle se passa sans incident. Sutures profondes à la soie de la paroi abdominale.

29 mai. — A deux reprises encore, vomissements bilieux. Lavements alimentaires. 1er juin. La malade vomit deux fois par jour des matières bilieuses, bien qu'elle ne prenne rien par la bouche. 4 juin. Elle vomit à chaque tentative de prendre des aliments par en haut. Plaie bien guérie. Ablation des sutures. 10 juin. La malade prend de temps en temps un peu de thé. 14 juin. Rejet du bouton sans inconvénient à relever. A partir du 14 elle supporte tous les aliments liquides et, à partir du 16, les solides aussi. Elle sort le 25 juin avec un gain de poids de 13 livres depuis l'opération, et l'air frais et dispos. D'après des nouvelles ultérieures, elle se remit à vomir quelque deux mois après l'opération et, le 8 septembre 1897, eut lieu l'issue fatale.

9. Czerny. — M. S..., vingt ans Du 15 mai au 25 juin 1897. Depuis une demi-année, douleurs et vomissements, de temps en temps avec striation de sang. Amaigrissement. Enorme dilatation de l'estomac. Résistance à l'épigastre. Insuffisance motrice. Acide chlorhydrique positif. Est-ce un ulcus ? Gastro-entérostomie d'Hacker-Murphy. On trouve une tumeur du pylore. Dans les premiers jours après l'intervention, quelques forts vomissements bilieux. Evolution ultérieure favorable. Départ au bout de dix-sept jours.

10. Glynn. — Jeune homme de vingt ans souffrant d'embarras gastrique depuis trois mois. Le Dr Glynn constate une dilatation de l'estomac avec péristaltisme exagéré, et découvre une tumeur de la grosseur d'une noix de coco dans la région pylorique. La laparotomie exploratrice décèle la présence de métastases dans les ganglions de l'omentum. Le patient meurt d'inanition quinze jours plus tard.

11. Hutchinson. — Une jeune fille de vingt ans ayant souffert de dyspepsie et d'aménorrhée tombait soudainement malade, il y a six mois et accuse des douleurs très violentes à l'épigastre, douleurs accompagnées de vomissements, perte d'appétit, d'amaigrissement et de faiblesse générale allant en s'accentuant.

Au cours de l'été, les vomissements deviennent écumeux et foncés, une fois même ils sont mêlés de sang.

Constipation opiniâtre.

A son entrée à l'hôpital, le 8 novembre 1870, l'estomac apparaît très dilaté, très sensible à la pression dans toute son étendue, nulle trace de tumeur.

L'état de la patiente s'aggrave peu à peu ; les vomissements continuent ; à la palpation bi-manuelle on perçoit un gros gargouillement dans la région gastrique.

14 décembre. — La patiente est prise de syncopes à diverses reprises, la température reste toujours voisine de 36°4.

Diagnostic probable : cancer du pylore. Le fait qu'une tumeur

ne pouvait être palpée pouvait avoir sa raison dans la grande sensibilité de l'épigastre et la tension des grands droits.

L'apparition des vomissements au moment où la malade gagne son lit, ou le matin à son réveil, c'est-à-dire lors du passage de la station debout à la station couchée, et vice versa, mérite d'être relevée, car elle sort du cadre ordinaire qui veut que dans le cancer du pylore, les vomissements se produisent généralement quelque trois heures après les repas.

Le 19 décembre on constate dans l'hypochondre droit des chainons de ganglions infiltrés, et l'on découvre à mi-hauteur entre le processus uniforme et l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'un œuf de canard.

Des tâches de purpura se manifestent sur la poitrine et aux jambes; la température va s'abaissant toujours plus, soir 35°6, le matin 35°3

20 décembre. — La patiente amaigrie jusqu'au squelette succombe. L'autopsie révèle l'existence d'un estomac très dilaté, le pylore siége d'un squirre; les parois stomacales épaissies, quelques légères adhérences de la tumeur aux organes voisins. L'estomac contenait du sang; la tumeur était de consistance très ferme, dure, criant sous le couteau, le pylore très rétréci; les ganglions mésentériques augmentés de volume et infiltrés. La rate, les reins, le pancréas normaux. Par contre, les deux ovaires cancéreux infiltrés; le droit en forme de rein, 7 centimètres de long sur 2 de large; le gauche plus petit. Métastases sous forme de nodules dans les poumons; les ganglions bronchiaux infiltrés.

12. Czerny-Steudel. — Louise S..., vingt et un ans. Reçue le 30 juin 1897. Carcinome gastrique. Gastro-entérostomie postérieure avec le bouton de Murphy le 6 juillet 1897. Sortie le 30 juillet 1897. Mort le 24 juillet 1898 (Dr Würzburger, de Rappenau).

Depuis décembre 1895, la malade a des pesanteurs d'estomac et des renvois. Depuis août 1896 ont commencé des vomissements qui ont peu à peu augmenté, jusqu'à deux ou trois fois par jour dans les derniers temps. Depuis trois semaines, elle

remarque une tumeur dans la région de l'estomac. La perte de poids atteint depuis août 22 livres.

Etat. — Jeune fille pâle, amaigrie à un haut degré. Poids, le 6 juillet, 81 livres. Dans la région de l'ombilic, on voit et on sent une tumeur de la grosseur d'un petit poing, de consistance un peu noüeuse. Elle se trouve juste sous la paroi de l'abdomen, est peu sensible à la pression et mobilisable dans tous les sens. Elle se déplace fortement en bas par l'inspiration, un peu en haut par l'insufflation de l'estomac, et alors la sonorité tympanique, déjà affaiblie au-dessus d'elle, devient un peu plus claire. La moitié inférieure de la tumeur qui, dans l'insufflation, se trouve à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, correspond à la limite inférieure de l'estomac. Cinq heures après un repas d'épreuve, s'évacuent encore en quantité des restes d'aliments non digérés ; le filtrat donne une réaction d'acide chlorhydrique, mais en même temps aussi de l'acide lactique d'une façon évidente. Quantité quotidienne d'urines, 600 à 800 centimètres cubes.

Diagnostic clinique. — Tumeur maligne de l'estomac, vraisemblablement sarcome.

Opération le 6 juillet 1897 (Czerny). Incision médiane. Libération de la tumeur gastrique, qui se montre comme un squirre à petites bosselures, qui a traversé le péritoine notamment à la petite courbure et qui, à ce niveau, söus forme de traînées carcinomateuses, va de la petite courbure jusqu'au côlon transverse. Jusque-là, on pouvait encore admettre une résection, mais de la face postérieure des productions carcinomateuses venaient jusque sur le côlon transverse; elles étaient quelque peu analogues au carcinome lenticulaire du sein. On fit donc là une gastro-entérostomie postérieure éloignée de deux travers de doigt de la tumeur cancéreuse. Durée de l'intervention, vingt-cinq minutes. Anesthésie commencée à la morphine et au chloroforme, continuée à l'éther.

Suites opératoires simples, apyrétiques. Nourriture liquide au deuxième jour, solide au huitième. Au septième et au dixième, ablation des fils. Elle sortit le 31 juillet avec un poids de 77 livres.

D'après des nouvelles ultérieures, le poids monta encore à 92 livres, puis redescendit à 80. Le 21 décembre, elle vivait encore dans un état de santé supportable. La tumeur est, d'après une communication du Dr Würzburger, facile à palper et englobe toute la grande courbure. La malade vomit environ tous les deux jours. Le 24 juillet 1898, elle mourut ; on trouva à l'autopsie un gros cancer du pylore propagé à la paroi de l'abdomen et à plusieurs anses intestinales. Le bouton était dans l'estomac dilaté.

13. Pillon. — Le 27 août 1856 entre Félix C..., sculpteur, né à Paris, âge de vingt et un ans (service de M. Moutard-Martin).

Ce jeune homme, qui avait toujours joui d'une bonne santé, souffre depuis dix-huit mois de malaise intermittent : oppression à la région épigastrique, douleur revenant par accès avec sensation de constriction assez énergique, douleur qui coïncidait ordinairement avec l'éveil d'un très grand appétit et que calmait immédiatement l'ingestion d'aliments solides. Ces accès à forme gastralgique ne furent jamais assez intenses pour interrompre le travail, mais peu à peu leurs symptômes s'aggravèrent ; ils furent plus fréquents et plus prolongés ; l'appétit d'abord exagéré, diminue sensiblement ; les digestions, préalablement faciles, deviennent de plus en plus pénibles et le malade sentait que les aliments séjournaient plus longtemps dans l'estomac et lui causaient gêne et pesanteur longtemps après leur ingestion. C'est depuis deux mois que survinrent à jeun des renvois acides et, après le repas, des vomissements alimentaires fréquents. Il maigrissait en même temps et, depuis trois semaines, les aliments liquides passent seuls librement, tandis que les aliments solides sont rejetés presque constamment un quart d'heure ou une demi-heure après leur ingestion.

C'est dans cet état qu'il entra dans nos salles une première fois en juin de cette année. D'abord pris pour des accidents gastralgiques, ces accidents furent traités comme tels. Après quinze jours de séjour, le malade nous quitta malgré nous,

pourtant un peu amélioré. Le jour même où il réclama sa sortie, nous constatâmes qu'il portait déjà sur la ligne médiane, au milieu environ de l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, une petite tumeur arrondie, superficielle, très dure, douloureuse à la pression, grosse à peu près comme une noisette, mobile sous le doigt qui la déplaçait, sans rénittence appréciable dans le reste de la région.

Dehors, le malade ne put reprendre son travail, il ne se nourrissait que de bouillons, ses forces déclinaient rapidement, il continuait à maigrir à vue d'œil.

27 août. — Nous le retrouvons pâle, amaigri. Il se plaint toujours d'aigreurs, d'inappétence, de vomissements bilieux et alimentaires.

La tumeur, sus-ombilicale primitivement, s'est considérablement accrue ; au lieu de cette espèce de noisette roulante que nous trouvions il y a deux mois, nous rencontrons par le palper une vaste tumeur remplissant tout le creux épigastrique. En bas, elle commence au niveau d'une ligne passant à 4 centimètres environ au-dessus de l'ombilic ; en haut, elle ne peut être limitée et plonge sous les cartilages costaux et l'appendice xiphoïde, de même sur les côtes, plus développée à droite. Dure, rénittente, cette tumeur donne la sensation d'une surface inégale, raboteuse, pourvue de bosselures très dures, variables en relief ; elle est le siège de douleurs spontanées, elle est très sensible à la pression. Des battements artériels communiqués y sont manifestes, elle n'est le siège d'aucun mouvement d'expansion, ni de souffle perceptible à l'auscultation. La percussion superficielle permet de limiter assez exactement cette tumeur, mais à la faveur d'une matité incomplète qui laisse percevoir un son plus profond, attestant l'interposition d'une couche solide qui masque le tympanisme stomacal.

Pas de troubles fonctionnels intestinaux, pas d'autre tumeur abdominale. Rien d'anormal du côté de la poitrine. Notre sujet a l'âge de la tuberculisation, il n'en possède aucun antécédent, aucune espèce de signe actuel. Il n'a jamais présenté de signes d'affections des voies biliaires ; sa tumeur n'a ni la forme, ni la

direction verticale, ni le siège des tumeurs de la vésicule. Jamais il n'a eu de maladie fébrile s'accompagnant de douleur en un point que l'on puisse rattacher au foie. Jamais non plus il n'a eu d'ictère, l'idée d'une tumeur hépatique peut aussi être éloignée. La forme bosselée, l'absence de souplesse et d'élasticité font rejeter l'existence d'un kyste hépatique, comme aussi le siège de la portion principale de la tumeur.

L'existence du noyau primitif en un point éloigné de l'hypocondre droit nous permet d'admettre que c'est autour de lui qu'a rayonné la production morbide; que si le foie a été envahi, ce n'est que secondairement et nous sommes conduit à éviter l'idée d'une dégénérescence primitive de ce viscère.

Au contraire, la permanence des troubles digestifs, la délimitation primitive de la tumeur à la région de l'estomac, nous portent à croire que ce viscère souffre au moins de sa contiguïté. L'épiploon gastro-hépatique, ou même le méso-côlon pourraient encore en être le siège. Mais les vomissements apparus de si bonne heure, les renvois acides, en un mot les troubles nombreux et permanents apportés à la digestion, à l'exclusion expresse d'autres troubles fonctionnels des organes voisins, nous portent à placer le siège unique de la lésion de l'estomac, au pylore surtout, et peut-être aussi sur la face antérieure du ventricule. Une autre question à débattre est celle de sa nature.

L'âge du malade, sa faiblesse, sa langueur, le volume déjà énorme de la tumeur, ses inégalités, donneraient du poids à l'idée d'une dégénérescence phtisique. Mais les poumons sont sains, le tube intestinal aussi; rien dans les antécédents, ni dans l'état actuel ne vient corroborer cette opinion. Pas de ganglions mésentériques, pas d'entérite qu'on puisse supposer tuberculeuse.

Relativement à l'idée du cancer, elle devait être la dernière, en raison de l'âge, de l'absence de teinte caractéristique, de la bonne santé présente et passée des parents, en raison enfin de l'absence jusqu'à ce jour de douleurs lancinantes et aussi de vomissements noirs caractéristiques. Cette idée prévaut

cependant et, le 5 septembre, le diagnostic suivant est adopté :

Tumeur carcinomateuse de la région épigastrique chez un jeune homme de vingt et un ans, cancer qui a envahi le pylore et la paroi antérieure de l'estomac et qui présente des caractères particuliers de rapidité dans sa marche.

De ce jour au 2 octobre, rien de particulier à noter; la tumeur s'accroît en étendue, l'amaigrissement devient extrême, les vomissements continuent, la sensation douloureuse est comparée à une brûlure que rend vive l'ingestion des boissons ou des médicaments les plus doux. Jamais il n'est parlé d'élancements.

3 octobre. — Pour la première fois, vomissement noir peu abondant, spumeux, lié, comparable à du cirage mousseux.

Même état jusqu'au 20 octobre; aucun traitement ne peut enrayer ni atténuer les accidents; de jour en jour le vomissement devient plus abondant sans rien perdre de ses caractères, la maigreur est squelettique, l'affaiblissement extrême. Le malade s'éteint sans incidents spéciaux le 21 octobre.

Autopsie. — Maigreur extrême, pâleur et décoloration des tissus; un peu d'épanchement séreux ultime dans le péricarde et les deux plèvres.

Dans la région épigastrique, tumeur énorme, du volume d'une tête d'enfant, à cheval sur la colonne vertébrale à la hauteur des piliers du diaphragme. Cette masse est inégale, bosselée, plus épaisse à son centre, et paraît avoir débuté au niveau du bord convexe de l'estomac, non loin du pylore. Elle représente aujourd'hui une vaste agglomération qui a presque complètement envahi les parois de l'estomac.

Un anneau des plus épais retient le pylore. De ce point rayonnent des prolongements ayant envahi l'épiploon, le mésentère, l'épiploon gastro-hépatique ; un autre file vers le rein droit et l'emprisonne dans une coque néoplasique. On trouve jusque dans le petit bassin des ganglions infiltrés; le tout est constitué par de la substance encéphaloïde avec points ramollis, épanchements sanguins, suc cancéreux. De même, les fongosités de la face interne de l'estomac.

Généralisation dans le foie. Rien ailleurs

14. Reinbrecht. — Elisabeth B..., vingt et un ans, servante. Entre le 9 novembre 1885 à la Charité à Berlin, dans le service du professeur Leyden. Comme santé jusqu'à l'âge de quatorze ans, époque où la patiente fut quinze jours gravement malade; elle raconte n'avoir presque rien pu manger et avoir beaucoup maigri. Dès lors, le bien-être s'est complètement rétabli; les menstruations sont apparues à l'âge de dix-sept ans. Au courant de l'été 1885, la patiente tombe malade et se plaint de vives douleurs à l'épigastre, apparaissent surtout après les repas et jamais suivies de vomissements; un bien-être relatif s'établit en septembre; pourtant à la fin de ce mois se manifeste un œdème passager des paupières. Dès le commencement d'octobre, la patiente se sent devenir faible et pourtant n'interrompt pas son travail. Fin octobre, reparaissant les douleurs lancinantes à l'épigastre et le manque d'appétit devient manifeste. En même temps les pieds enflent, l'œdème se propage rapidement jusqu'aux hanches et, peu après, il se manifeste aux mains et au visage. C'est alors que la malade entre à l'hôpital.

L'abdomen est modérément distendu, mais n'est sensible en aucun point; l'examen le plus attentif ne révèle aucune tumeur. Rien au cœur et au foie, les poumons sont indemnes, à l'exception d'une matité qui atteint la pointe de l'omoplate droite et qui se propage jusqu'à la base du poumon droit en augmentant d'intensité; dans ce domaine, souffle vésiculaire et affaibli, partout ailleurs il est normal. L'urine est normale.

Le diagnostic fait est hydropisie générale par suite d'anémie. On explique l'anémie par la supposition d'abondantes hémorragies, ensuite d'ulcère.

Jusqu'au 18 novembre, l'état général de la patiente semble s'améliorer, l'appétit est redevenu bon et la malade ne se plaint guère que de quelques douleurs qu'elle localise tantôt à la poitrine, tantôt aux jambes, tantôt dans la moitié gauche du crâne. Aucun symptôme stomacal.

Les œdèmes ainsi que l'épanchement du poumon droit dispa-

raissent ; les urines sont abondantes, normales et ne renferment aucune trace d'albumine. Les jours suivants du 18 au 22 novembre, la patiente se plaint de vives douleurs à l'épigastre, douleurs qui se manifestent après les repas et vont en augmentant d'intensité.

Le 22 novembre, nouvelles et violentes douleurs revêtant le caractère de coliques, douleurs suivies pour la première fois de vomissements copieux très acides et qui, dès lors, se répètent après chaque repas. A partir du 2 décembre, l'on pratique deux fois par jour des lavages d'estomac avec addition de bicarbonate, puis d'acide salycilique, qui soulagent beaucoup la malade. Les douleurs diminuent ; seul, l'épigastre reste sensible ; les vomissements deviennent plus rares, Malgré cette amélioration apparente, la patiente maigrit énormément et perd toute force. Le sommeil est agité, les évacuations intestinales se font rares et les quantités d'urine diminuent si bien que, le 11 décembre, on constate une anurie complète d'une durée de quarante heures environ, anurie qui coïncide avec des vomissements incoercibles ; aucune nourriture n'est supportée

La patiente atteint le dernier degré d'épuisement ; elle est complètement apathique, gémit de temps à autre et se plaint de l'épigastre. La patiente n'est plus qu'un squelette, l'abdomen est complètement affaissé. Au cours de ce long examen, l'on voit tout à coup apparaître à l'épigastre une tumeur d'une grosseur d'une tête d'homme et de consistance très élastique. Quelques instants après, abondants vomissements ; après quoi, la tumeur disparaît. Tout ce processus a duré une minute environ ; il se répète plusieurs fois au cours de la journée.

L'alimentation *per os* est abandonnée, on recourt alors aux lavements nutritifs qui sont très bien supportés ; les lavages d'estomac sont continués.

Sous ce régime, une amélioration sensible se produit ; le pouls se relève, le visage se colore quelque peu, les douleurs cessent ainsi que les vomissements. L'appétit reparaît et la malade demande à manger, ce qui lui est accordé. Seuls quelques vomissements peu volumineux, noirâtres et de couleur marc de café

interrompent cette période d'euphorie relative ; l'épigastre est à peine sensible ; malgré des parois distendues de l'abdomen, un examen minutieux ne révèle aucune tumeur. Du 10 au 20 décembre, constipation absolue; les sécrétions urinaires atteignent 1.100 centimètres cubes ; a partir du 20 décembre, les évacuations intestinales s'effectuent spontanées, abondantes et liquides.

Les forces de la patiente semblent se relever quelque peu jusqu'au 27 décembre, époque à laquelle l'inanition poursuit une marche rapide en dépit de la même thérapeutique. La patiente meurt dans le marasme le plus complet, le 1er janvier 1886.

A l'autopsie, on trouve l'estomac occupant à peu près la moitié de la cavité abdominale; la surface est grisâtre. Le pylore est attiré en haut et en arrière vers le hile du foie et fixé de telle sorte par un tissu cicatriciel résistant, qu'il en résulte un coude à angle aigu entre le pylore et le duodénum. La séreuse laisse apparaître les canaux lymphatiques infiltrés qui s'étalent en étoile. Les ganglions de l'épigastre sont de la grosseur d'un pois et leur section permet de reconnaître leur nature cancéreuse.

A l'ouverture de l'estomac, l'on trouve le pylore excessivement rétréci par une série de bourgeons mous, paraissant être recouverts de muqueuse. Dans la région prépylorique, s'étale un ulcère en forme de cratère, à bords relevés et irréguliers et d'aspect cancéreux. L'estomac est très dilaté et renferme beaucoup de liquide noirâtre; la muqueuse est macérée par endroits.

15. Ullé. — Homme de vingt et un ans entre à la Pitié, le 7 février 1870, mort le 21 février 1870.

Le malade était entré à l'hôpital pour des vomissements qui avaient lieu chaque fois qu'il prenait la moindre nourriture. Il n'avait jamais eu que des vomissements alimentaires. Il sentait, comme il nous disait, que ceux-ci ne passaient pas. M. Cornil pratiqua le cathétérisme œsophagien sans résultat. Il survint un amaigrissement énorme et très rapide qui se termina par la mort.

Autopsie. — Plaques cancéreuses autour du cardia et de la petite courbure de l'estomac. Rien au pylore. Dilatation de l'œsophage.

Rien dans les autres organes, si ce n'est dans le rein gauche qui présente à son extrémité supérieure une petite tumeur de la grosseur d'une noix, blanc jaunâtre à l'extrémité et recouverte par la capsule.

Si on fait une incision, on y voit des lacunes de diverses grandeurs, remplies par du sang coagulé et circonscrites par une substance d'apparence fibrineuse. Si on observe la tumeur au microscope, on y trouve des globules sanguins, les uns jaunes, les autres rouge foncé, accolés les uns aux autres et remplissant des espaces formés par un tissu fibreux, présentant par places des granulations granulo-graisseuses.

16. Pierre. — *Un cas de cancer de l'estomac chez un jeune homme de vingt-deux ans, avec généralisation au péritoine, au pancréas, à la colonne vertébrale et à la peau.*

Le caporal Charles P... a été incorporé le 16 novembre 1901 ; était douanier auparavant. Il est âgé de vingt-deux ans.

Mère morte en couches, père suicidé.

Rien dans les antécédents qu'une angine pultacée en juillet 1901.

Vu pour la première fois le 13 mars 1902 pour des troubles digestifs légers datant de quelques jours : diminution de l'appétit, lenteur des digestions, constipation. Amélioré par une purgation.

9 juin. — Revient se plaignant de douleurs en ceinture, au niveau du creux épigastrique, des derniers espaces intercostaux et de la région lombaire ; elles sont particulièrement marquées au niveau de cette dernière zone et déterminent une gêne considérable de la marche et des mouvements. Les troubles digestifs sont plus accusés; appétit presque nul, digestions lentes et pénibles, avec sensation de poids à l'épigastre et renvois gazeux; ventre ballonné et constipation opiniâtre.

Entre à l'infirmerie le 12 juin.

Les douleurs intercostales disparaissent, mais restent tenaces au creux épigastrique et à la région lombaire, où elles simulent les douleurs du lumbago. Elles sont sourdes, diffuses et variables dans leur intensité. A l'épigastre, la pression les augmente et, par moment, elles s'exaspèrent sous forme de brûlures ou présentent au contraire des accalmies marquées; elles sont peu influencées par l'ingestion des aliments.

Pâleur, amaigrissement, perte des forces ; peu à peu il est envahi par des idées tristes et se tient à l'écart des autres malades.

A la fin du mois, amélioration; le malade, qui ne pouvait supporter que le lait, reprend une alimentation presque normale et quitte l'infirmerie le 5 juillet pour se rendre dans sa famille. Mais il revient plus déprimé et plus amaigri. Entre à l'hôpital le 17 juillet.

L'affection prend alors une marche rapide. Des régurgitations d'un liquide acide et incolore surviennent et on note l'apparition sur le tronc et les membres supérieurs de petits nodules spéciaux, qui acquièrent assez vite les dimensions d'une noisette. Ils sont au nombre d'une dizaine et siègent à l'intérieur de la peau sans intéresser les plans sous-jacents. Leur forme est arrondie ou ovalaire, leur couleur rosée, leur surface lisse, non ulcérée, et leur consistance dure. Ils resssemblent à de petits furoncles à la période de germination; ils n'en ont cependant pas l'acumination et ils sont indolores.

L'amaigrissement, la perte des forces et l'anémie, que traduisent la pâleur de la face et la décoloration des muqueuses, font chaque jour des progrès et, à la fin du mois, il y a un état de cachexie véritable. La peau est sèche, ridée, la graisse sous-cutanée a presque partout disparu, les masses musculaires sont amoindries, les os saillants, et il existe une grande faiblesse générale. En dehors des renvois gazeux et liquides, de la lenteur de la digestion, de la pesanteur épigastrique, de la constipation et des douleurs, il existe maintenant un véritable dégoût pour les aliments, surtout pour la viande et les substances grasses; le lait seul est pris sans répugnance coupé d'eau de Vichy; il

est bien toléré par l'estomac. Il n'existe ni clapotage gastrique, ni hématémèses, ni mélœna. Le creux épigastrique est effacé, l'estomac légèrement augmenté de volume, il descend à deux travers de doigt de l'ombilic et il n'est le siège d'aucune induration, ni d'aucun empâtement, autant du moins que nous pouvons en juger par une exploration que la douleur et la résistance du malade rendent difficile. Cathétérisme impossible.

Le ventre est sensible, légèrement ballonné avec défense de la paroi. Pas de zones indurées ou épaissies, pas d'ascite. La vésicule biliaire n'est pas sentie, non plus que le foie, la rate et les reins. Rien aux poumons, ni au cœur dont les bruits sont un peu sourds. Pas de souffles anémiques, pouls petit, température normale. Urines : rien à signaler. Pas d'adénopathies.

Jusqu'au 6 août rien d'autre, si ce n'est des matières fécales, molles et graisseuses, décolorées. Apparition brusque de vomissements fréquents; constitués par un liquide jaunâtre avec dépôts noirâtres. Ils augmentent en même temps que l'estomac se dilate; il descend jusqu'à l'ombilic et il y a une zone de matité splénique. Lavements alimentaires; le 13 août, le malade a deux syncopes dans la matinée et dans l'après-midi un vomissement abondant, marc de café. Mort à 10 heures du soir sans souffrances.

Autopsie. — Rien à la plèvre ni aux poumons qui sont un peu pâles.

Péritoine violacé, criblé de granulations surtout au niveau du grand épiploon. Elles sont de couleur jaunâtre et molles ; leurs dimensions varient entre celles d'une lentille et celles d'une tête d'épingle ; elles ressemblent à un ménisque biconvexe très aplati. Pas d'épanchement, ni d'adhérences.

Estomac dilaté de direction à peu près verticale ; le pylore est transversal et forme avec le reste de l'organe un angle légèrement obtus ouvert en haut et à droite; quelques brides fibreuses le relient à la vésicule biliaire et au côlon transverse. Il est nettement limité par un étranglement que recouvre en partie la poche stomacale à l'intérieur de laquelle il semble comme invaginé. Au toucher, sensation de dureté ligneuse.

A la partie inférieure du pylore tumeur irrégulière, bosselée l'enserrant en fer à cheval et paraissant avoir envahi la tête du pancréas.

A la coupe, pylore retréci, muqueuse rouge ; en arrière, elle est perforée par une ulcération arrondie, de la grosseur d'une lentille, qui s'arrête brusquement à la couche sous-jacente. Epaississement marqué des autres tuniques.

Estomac plein de sang; le tissu néoplasique se prolonge sur la petite courbure, en diminuant progressivement.

La tumeur envahit toute la tête du pancréas; nombreux ganglions à ce niveau ; deux prolongements en arrière se fixant à la colonne et formant un tunnel où passent les gros vaisseaux.

Rien à l'intestin en dehors du sang dans sa cavité.

Foie et rate congestionnés. Rein normal.

Les autres organes n'ont pas été examinés. Pas d'examen histologique.

On avait écarté l'idée d'un cancer et d'un ulcère, de même que l'anémie pernicieuse et la lymphadénie et l'on s'était arrêté à l'hypothèse d'une tuberculose abdominale, comme expliquant les différents symptômes observés. L'auteur signale ensuite les différentes particularités de ce cas : la pigmentation foncée de la tumeur, les métastases cutanées, envahissement tardif de la muqueuse gastrique, l'évolution rapide.

17. Terrier et Hartmann. — *Cancer du pylore. Gastro-entérostomie antérieure précolique. Entéro-anastomose concomitante. Survie de onze mois et demi.*

J. C . , vingt-deux ans, souffre de l'estomac depuis très longtemps. A douze ans, elle était déjà sujette à des douleurs assez fortes, à des crampes survenant le soir vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, crampes correspondant dans le dos. Elle n'avait pas de vomissement.

Les crampes apparaissent et disparaissent par périodes plus ou moins longues.

Depuis onze mois les douleurs n'ont pas cessé et leur intensité s'est accrue, exacerbation ayant débuté avec une grossesse. Tous

les jours se montraient des vomissements soit de bile, soit d'aliments : l'intolérance stomacale était absolue. Ces symptômes ont duré jusqu'au moment de l'accouchement et même quelques jours après. Petit à petit tout a disparu.

Il y a environ quinze jours, vers le milieu de mai 1897, la malade ressentit une douleur extrêmement vive au niveau du muscle droit. Elle dure depuis cette époque presque continuellement, avec périodes d'exacerbation. Elle paraît n'être pas augmentée par l'ingestion alimentaire. La malade mange même avec grand appétit et ne vomit pas.

L'examen physique de la région stomacale fait par le Dr Soupault révèle les faits suivants :

A l'inspection, on peut noter l'ondulation péristaltique de l'estomac qui se fait spontanément, mais surtout quand on a percuté et palpé l'estomac ou quand la malade a ingéré quelque boisson. La région épigastrique n'est pas déformée.

A la palpation tumeur grosse comme une orange, douloureuse au palper. Elle peut être un peu mobilisée avec la main, mais adhère manifestement aux organes voisins. Elle ne suit pas les mouvements de la respiration. Elle est lisse au toucher. Assez superficielle, elle siège au-dessus de l'ombilic sous le muscle grand droit à peu près au niveau de la vésicule biliaire et déborde légèrement la ligne médiane à droite.

L'insufflation n'en modifie pas la position.

Le cathétérisme pratiqué à jeun le 4 juin, révèle la présence d'une stase marquée. On sort une bouillie brunâtre, couleur chocolat, d'odeur aigrelette prononcée, avec des fragments d'aliments volumineux. Le liquide filtré est assez clair.

On obtient la réaction de Gunzbourg. Le vert brillant vire au vert pré. La réaction lactique est négative.

Les peptones sont en assez faible proportion. L'eau iodée donne une coloration violet foncé. Le sucre manque.

L'acidité totale est de 2,10 pour 1000.

Deux jours après la malade est lavée aussi complètement que possible, reste la nuit à jeun, puis est de nouveau cathétérisée le matin.

Repas d'épreuve d'Ewald retiré une heure après.

Le liquide extrait n'a pas d'odeur et présente l'aspect ordinaire. Il est assez abondant.

La réaction de Gunzbourg est faible, mais positive. Le vert brillant vire nettement au vert pré. Il n'y a pas d'acide lactique. Les réactions des produits de la digestion sont très nettes.

Acidité totale = 1,89 pour 1000. Chlore total = 3,22. Chlore fixe 1,72. H + C = 1,50.

L'état général n'est pas très mauvais. L'amaigrissement n'est pas considérable et la pâleur pas trop grande.

L'appétit est assez bon ; la malade mange bien.

L'intestin fonctionne assez bien. Il y a peut-être un peu de constipation, facilement corrigée par les lavements. Urines = 1.800 à 2.500 grammes avec 20 a 28 grammes d'urée par jour.

On pose le diagnostic de stase gastrique avec dilatation moyenne de l'estomac par stenose incomplète du pylore. On pense que la tumeur est formée par un ulcère calleux plutôt que par un cancer.

La malade refuse l'intervention. Lavage quotidien de l'estomac, avec gavage (poudre de viande, légumes, lait). On donne des alcalins, du métol. Légère amélioration, puis phases de rémission et d'exacerbation. En octobre mauvais état : a maigri et pâli, les forces ont diminué. Elle souffre et vomit souvent et ses vomissements renferment des résidus alimentaires datant de plusieurs jours. Constipation marquée.

Le 21 octobre, après un jeûne de 14 heures et malgré les vomissements survenus pendant la nuit, la sonde évacue un liquide gris sale, très muqueux, assez épais, avec quelques débris alimentaires.

Ce liquide est d'odeur lactique. Il ne fait virer ni le vert brillant, ni le Gunzbourg. Présence d'acide lactique. Réaction des peptones très faible. Celle des matières amylacées (dérivés de la dextrine et sucre) manque complètement.

Acidité totale 0,695 pour 1000. Chlore total = 4,86. Chlore fixe = 4,02. H + C = 0,84.

D'après ces résultats il semble qu'il se soit produit depuis le

premier examen des transformations importantes dans l'état de la muqueuse gastrique.

La malade se décide alors d'entrer à l'hôpital Bichat. Elle est très amaigrie, l'estomac descend à deux doigts du pubis ; la tumeur semble adhérer à la paroi abdominale.

Urines 500 grammes ; réaction acide ; densité = 1,023, urée 21 gr. 01 par litre ; trace d'albumine ; quelques pigments biliaires.

Le 27 octobre 1897. Gastro-entérostomie antérieure par M. Hartmann.

L'estomac adhère à la face inférieure du foie par sa petite courbure et par sa face antérieure. Sur la face supérieure du foie plaques scléreuses grisâtres ; la vésicule biliaire est saine. Tumeur sous le foie dans l'estomac, donnant la sensation d'un néoplasme ; pas de ganglions. L'estomac est plus rigide que normalement et présente un ponctué rougeâtre.

Gastro-entérostomie antérieure.

Suites opératoires simples. La malade rend le premier et le deuxième jour quelques gorgées de bile, mais se nourrit ensuite très rapidement. Parotidite canaliculaire double qui suppure et qu'il faut inciser.

La malade est guérie et sort le 18 novembre.

Douleurs et vomissements ont disparu. Elle mange avec appétit, reprend des forces et pèse 39 kilos comme avant l'opération.

Le 25 novembre, amélioration sensible ; a engraissé, ne souffre plus. Quelques indigestions avec vomissements bilieux abondants. Le matin cependant, la sonde ramène de nombreux débris alimentaires, avec 100 centimètres cubes au moins de bile vert jaunâtre, présentant les réactions classiques avec l'acide nitrique nitreux et offrant une réaction neutre au tournesol. Examen gastrique, Dr Soupault.

Après lavage, repas d'épreuve.

Liquide sans odeur, de coloration bilieuse, mélangé de beaucoup de mucus.

Acidité au tournesol faible. Réaction de Gmelin Ne vire, ni au vert brillant, ni au liquide de Gunzbourg.

Acidité totale = 0,70. Chlore total = 2,36. Chlore fixe = 1,89 H + C = 0,47.

Peptones peu abondants. Sucre très abondant. L'eau iodée ne donne aucune réaction.

L'examen a été fait au bout d'une heure; la malade a refusé une nouvelle introduction de la sonde après une heure et demie.

L'insufflation de l'estomac a montré que le pylore était continent, que l'estomac se laissait bien distendre et pendant assez longtemps.

Les limites de l'estomac sont peu modifiées.

L'intestin fonctionne assez bien. Les urines contiennent 28 gr. 82 d'urée par 24 heures.

La malade est morte le 30 septembre 1898.

18. Scholz. — Anna D.., servante, âgée de vingt-deux ans, entrée le 10 juin 1884 à l'hôpital de la ville de Breslau.

La patiente a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais eu aucun sujet de plainte. Depuis six mois la patiente n'a pas eu ses règles et depuis quelques mois elle souffre de vomissements continus.

L'état de nutrition de la patiente est très bon ; les muqueuses seules sont quelque peu pâles; température normale; l'appétit bon; selles régulières. La palpation et percussion de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Rien au cœur ni aux poumons. L'examen vaginal révèle dans le Douglas l'existence d'une tumeur immobile de la grosseur d'un poing, de consistance ferme et à surface bosselée, néoplasme qui se propage dans le parametrium droit. La matrice est en anteversion.

Diagnostic.— Fibro-myome retro-cervical, sous-séreux et largementimplanté; diagnostic confirmé par un spécialiste en gynécologie qui, vu l'immobilité de la tumeur la déclare inopérable.

Régime liquide et Tinct. nuc. vomic. et Tinct. chim. composit. Injections sous-cutanées d'ergotine (0,1 par injection).

13 juin. — Même état. Les vomissements ne se sont produits qu'une fois; un essai de résorption avec de l'iodure de potassium révèle contre toute attente, vu les légers troubles gastri-

ques, la présence de l'iodure dans la salive seulement après deux heures trois quarts. Les vomissements continuent plus abondants le 18 juin, où un nouvel essai de résorption donne une réaction après une heure trois quarts.

Le 23 juin, la patiente se plaint de faiblesse générale, et d'une grande lassitude ; appétit médiocre ; les injections d'ergotine sont bien supportées mais la tumeur ne diminue pas. La percussion de l'abdomen révèle une matité dans les parties déclives de l'abdomen, matité correspondant à un épanchement mobile.

L'épigastre est sensible à la pression.

25 juin. — Les vomissements persistent; météorisme et ballonnement de l'abdomen ; épanchement pleural gauche. Un nouvel essai de résorption ne permet de constater la présence de l'iode dans la salive que quatre heures plus tard. L'on songe à une péritonite ; opium. Urines normales.

27 juin. — Ponction de l'abdomen. On retire 6.200 centimètres cubes d'un liquide séreux qui contient de grandes cellules épithelioïdes en partie trouées de vacuoles.

28 juin. — L'ascite s'est reformée très rapidement et atteint presque l'ombilic. Au cours d'une nouvelle expérience, la réaction de l'iode apparaît déjà après 20 minutes.

4 juillet. — Hydrothorax bilatéral, œdème des jambes, ascite considérable ; les vomissements se répètent plusieurs fois au cours d'une journée. Amaigrissement rapide.

10 juillet. — Les vomissements persistent. Ascite considérable; abdomen sensible partout, amaigrissement énorme, vomissements marc de café.

16 juillet. — Collapsus, mort.

L'autopsie montre l'existence d'un cancer diffus de l'estomac Généralisations péritonéales.

19. Andral. — *Squirre de l'estomac chez un sujet âgé de vingt-deux ans. — Premiers symptômes de la maladie à l'âge de dix-neuf ans. — Douleurs excessives.*

Claude B..., âgé de vingt-deux ans, ressentit à l'âge de dix-neuf ans des douleurs lancinantes à l'épigastre. Dès cette époque,

ses digestions commencèrent à se déranger; il était tourmenté par des renvois acides et un sentiment de pesanteur incommode vers la région de l'estomac, dès qu'il avait pris des aliments; il maigrissait et dépérissait de jour en jour; cependant il ne vomissait pas. Au bout de deux ans seulement, le malade commença à éprouver des nausées fréquentes, et à vomir de temps en temps ses aliments et ses boissons. Ces vomissements d'abord rares se rapprochèrent de plus en plus; ordinairement ils avaient lieu trois ou quatre heures après le repas. Lorsque le malade entra à la Charité, il était dans un état de marasme effrayant; il vomissait presque tous les jours, une tumeur bien dessinée se faisait sentir à l'épigastre, à droite de l'apophyse xiphoïde.

B..., après un assez court séjour à l'hôpital, succomba à un dépérissement gradué. Il avait tous les symptômes généraux et locaux d'une affection organique de l'estomac dans son plus grand état de simplicité.

L'ouverture du cadavre justifia le diagnostic qu'on avait porté. On trouva la portion pylorique de l'estomac et le pylore lui-même dégénérés en matière squirreuse, avec mélange de matière encéphaloïde non ramollie. L'on sait qu'en anatomie pathologique, la présence de ces deux tissus, accidentels dans une tumeur, indique la nature cancéreuse de celle-ci.

Cette observation qui est principalement importante, sous le rapport de l'âge du sujet, présente quelques autres circonstances dignes de fixer notre attention.

Les nausées et les vomissements ne commencèrent à se manifester que deux ans après l'apparition des autres symptômes, tels que dérangements de digestion, rapports acides; les douleurs lancinantes de l'épigastre, nulles ou peu intenses chez tant d'individus, furent toujours très vives chez notre jeune malade. Le système nerveux, plus développé chez lui en raison de son âge, était-il plus affecté et ressentait-il plus énergiquement la douleur? Quoi qu'il en soit, l'absence de vomissements ne devait pas empêcher de croire à l'existence d'un cancer de l'estomac; car de nombreuses observations ont appris que le vomissement n'est pas un symptôme essentiel de cette maladie; qu'il peut ne

pas se montrer, surtout dans le cas où le cancer, attaquant le corps même de l'estomac, les deux ouvertures de ce viscère restent libres.

20. Duzéa. — *Épithélioma du pylore chez une jeune fille de vingt-deux ans; autopsie et examen histologique* (résumé).

Marie P..., vingt-deux ans, avait toujours eu une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt et un ans Aucun antécédent héréditaire. Père mort à cinquante-cinq ans, probablement de méningite. Mère vivante et bien portante. Réglée à quinze ans, régulièrement depuis.

Début insidieux par quelques troubles digestifs insignifiants, que la malade attribue à l'irrégularité de ses heures de repas, due à sa profession de lingère. Au bout de deux ou trois mois, les troubles digestifs qui ne s'étaient traduits d'abord que par des phénomènes dyspeptiques, lenteur et difficulté de la digestion, éructation, déjà un peu de ballonnement du ventre, de l'anorexie, s'accentuèrent rapidement et devinrent bientôt assez pénibles pour que la malade fût obligée de suspendre son travail et garder le lit de temps en temps.

Les vomissements deviennent alors quotidiens, puis après chaque repas. Ils sont douloureux et bientôt tous les aliments sont rejetés. Aux vomissements alimentaires succèdent des expuitions glaireuses, incolores, jamais bilieuses ni sanguinolentes, excepté dans les derniers temps.

Bientôt apparaissent des troubles de la nutrition générale, peu accusés d'abord ; pâleur et amaigrissement. Aucun trouble nerveux.

La malade souffre au niveau de la région épigastrique un peu plus à droite qu'à gauche.

Traitement varié sans autre résultat que de calmer les douleurs. Dans ces derniers mois, lavements alimentaires.

En résumé, jusqu'au cinquième mois environ (l'affection a duré huit mois à peine), on se trouvait en présence de troubles généraux : amaigrissement, pâleur, perte des forces, pas d'élévation de la température : pas de toux; et en présence de

troubles digestifs graves : douleurs épigastriques très violentes, vomissements incoercibles non sanglants, pas de mélœna. La palpation de l'abdomen ne donne, jusqu'à ce moment, que des résultats négatifs ; à la percurssion, on note déjà cependant une notable dilatation de l'estomac. Les selles sont rares et peu abondantes.

Par exclusion et en éliminant successivement : les troubles gastriques inflammatoires, l'ulcère de l'estomac, le nervosisme, la moelle épinière, le rein, le foie, la rate, etc..., on arrivait à l'idée d'une tumeur, d'un néoplasme probable de l'estomac ; mais aucun symptôme local n'était encore venu le démontrer.

Mais à partir de cinq mois, les symptômes d'une tumeur de l'estomac qui, jusque là avaient été douteux, ressemblant à ceux de toutes les autres affections de ce viscère, prirent des caractères d'une précision telle que, cette fois, le diagnostic de tumeur et d'obstruction du pylore put être porté et fut porté définitivement.

Depuis cette époque, en effet, la dilatation de l'estomac s'est accusée de plus en plus ; puis, après les vomissements, on pouvait nettement sentir à l'épigastre et un peu à droite, la paroi abdominale étant placée dans un relâchement complet, un empâtement profond d'abord, puis très nettement une tumeur qui, dans ces derniers temps, paraissait avoir le volume du poing, et qu'on pouvait déplacer par des mouvements de latéralité. A chaque contraction cardiaque, elle était soulevée par l'aorte.

La tumeur s'est mise à monter en même temps que se produisaient des ulcérations car, à ce moment, apparurent les vomissements marc de café et quelques mélœnas ; ces derniers très rares, comme les selles, et comme elles en très minime quantité.

Les deux derniers mois, les vomissements deviennent parfois moins fréquents, ne reparaissent que tous les deux ou trois jours, mais alors en très grande abondance. En même temps, les phénomènes généraux devinrent de plus en plus accusés ; la malade présentait alors tout le cortège symptomatique d'une cachexie rapide, excepté pourtant la teinte jaune paille qui, chez elle, était remplacée par une pâleur livide. Huit mois après le début, elle

mourrait sous les progrès de la cachexie et de l'anémie consécutive.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve l'estomac très dilaté, ayant refoulé le diaphragme et sur lui le cœur et le poumon gauche ; du côté de l'abdomen, il déborde à droite et à gauche et s'étend, en s'étalant au-devant de l'intestin, presque jusqu'au bassin. Il est rempli de gaz et d'un liquide jaune clair avec des débris d'aliments incomplètement digérés.

Au niveau du pylore, tumeur du volume d'une très grosse orange, assez régulière antérieurement, sans adhérences avec les organes voisins.

L'orifice de communication de l'estomac et de l'intestin n'admet pas une sonde canelée ordinaire. Le néoplasme rayonnait sur la paroi péri-pylorique sur une étendue de 6 à 7 centimètres. Sur cette partie, sont des foyers ramollis et ulcérés ; cette région a du être la dernière envahie. Aucune généralisation.

Examen histologique par M. Chandelux après coloration au picrocarmin.

La masse principale de la tumeur est formée par du tissu fibreux dense, dont les faisceaux s'entre-croisent dans différente sens et n'offrent, en beaucoup de points, que de rares cellules conjonctives intermédiaires. Dans d'autres point, on distingue des éléments cellulaires épithéliaux, disposés tantôt sous forme de traînées ou de tubes, tantôt en îlots arrondis, suivant les incidents de la coupe.

Les éléments cellulaires sont représentés par un épithélium cylindrique clair, à mucus, absolument semblable à celui que l'on observe à l'orifice des glandes à mucus stomacales. Les cellules, disposées en couches de revêtement unique, s'implantent par leur base sur les faisceaux conjonctifs, tandis qu'elles laissent entre elles, au niveau de leur portion libre, un intervalle ou lumière semblable à celle des glandes en tube normales. Dans aucun de ces tubes glandluaires, on n'aperçoit dans le fond des culs-de-sac aucun élément offrant les apparences des cellules granuleuses ou à pepsine.

Il ne s'agit donc, évidemment, pas de glandes normales de

l'estomac hypertrophiées, mais bien d'un trouble évolutif de l'épithélium qui pousse des bourgeons au sein du tissu conjonctif hypertrophié et donne à cette production pathologique la signification d'*un épithéliome cylindrique* de l'estomac. C'est là une des variétés du carcinome de l'estomac.

21. Rutimeyer. — E. R. ., âgée de vingt-trois ans, a toujours joui d'une bonne santé; elle souffre de l'estomac depuis trois mois et éprouve à l'épigastre une sensation de lourdeur après les repas. Indépendamment de l'ingestion des aliments, la patiente ressent des crampes dans la région du cardia et de l'œsophage. Beaucoup de vomissements ; jamais d'hémorragie. La palpation fait découvrir une tumeur bosselée et volumineuse occupant le pylore. Le déjeuner d'essai permet de constater la présence d'acide chlorhydrique, l'absence d'acide lactique et une acidité totale de 38.

A l'opération, juillet 1899, l'on constate que le néoplasme est inopérable et occupe le pylore et la petite courbure ; gastroentérostomie.

Mort en novembre 1899. Durée, huit mois.

22. Czerny. — K. B..., vingt-trois ans. Les premières incommodités stomacales remontent à deux ans et sont devenues plus fortes depuis trois mois. Perte d'appétit, amaigrissement, parfois selles noires. Dans la région de l'estomac, matité se réunissant d'un côté à celle du foie et atteignant, d'autre part, la ligne mamellaire gauche, dans laquelle se trouvait une tumeur sensible à la palpation, non mobilisable. Estomac non dilaté. Pas de troubles moteurs, pas d'acide chlorhydrique. Hémoglobine 60 pour 100. Diagnostic : tumeur de l'estomac ulcérée, probablement carcinome. Pas d'indication opératoire.

23. Czerny, n° 2466. — K. H.. , vingt-trois ans. Depuis le mois de juillet 1898 on avait remarqué l'apparition à l'épigastre d'une tumeur, avec pesanteur de l'estomac et vomissement, après les repas. Femme jeune très anémique, cachectique avec

œdèmes. Estomac dépassant de quatre travers de doigt la ligne ombilicale. Opération le 2 décembre. La tumeur envahit une partie du pylore, et s'étend sur la paroi postérieure jusqu'au milieu de l'estomac. Résection du pylore sur la longueur de 16 sur 11 centimètres, avec isolement de la petite courbure. Fermeture de l'estomac et du duodénum avec deux points. Gastro-entérostomie au bouton de Murphy du jéjunum avec la paroi antérieure, assez au-dessus de la grande courbure, de l'épaisseur d'un pouce au-dessous de la fermeture de l'estomac. Suture du ventre par la méthode de Spencer-Well. Les jours suivants, manifestations pneumoniques et fébriles assez vives qui continuèrent dans la seconde semaine. Guérison locale sans résection. Le bouton fut expulsé en dix-neuf jours. Le 27 décembre le patient guéri, s'en va, sans douleur d'estomac. La tumeur fut montrée comme un cancer colloïde.

24. Czerny. — Suture dans la perforation d'un carcinome de l'estomac avec gastroentérostomie.

E. W..., vingt-trois ans; depuis des mois, douleurs d'estomac incessantes augmentées après les repas; dans les dernières semaines, vomissements réguliers, perte de poids, en tout 45 livres. Du 7 juin, vomissements de sang, hématémèses répétées jusqu'au 9 juin. Le soir, vomissement massif d'une grande quantité de sang. La nuit grande excitabilité ; tension du ventre, grande fréquence du pouls. Le 10 au matin, laparotomie. Issue de gaz et du contenu de l'estomac, grumeleux, noirâtre, mêlé de striations de sang par l'ouverture péritonéale épigastrique. A la partie antérieure du pylore épaissi et néoplasié ouverture d'une perforation grosse comme une pièce de 50 centimes. Suture de la paroi et gastroentérostomie d'Hacker-Murphy. La résection, dans l'état actuel, n'est pas praticable. Convalescence étonnamment favorable. Cinq semaines après l'opération le malade sort guéri. Huit semaines plus tard, se présente de nouveau, les vomissements ayant repris. Autour de la cicatrice d'opération infiltrée se trouve une grosse tumeur. Traitement médicamenteux.

25. Czerny. — Anna Th..., vingt-trois ans. Depuis trois mois, quelques semaines après la dernière délivrance, douleur après le repas et fréquents vomissements. Dans l'abdomen supérieur, tumeur mobile, dilatation et insuffisance motrices. Il y a de l'acide chlorhydrique.

Carcinome cylindrique de la région pylorique.

Résection d'un segment d'estomac. Dimensions 11-13 centimètres. Fermeture de la paroi par première intention.

Bonne convalescence.

26. *In* thèse Desfossez. — *Cancer du pylore. — Pylorectomie. — Gastro-entérostomie. — Mort de choc et d'hémorragies trois heures après l'opération.*

Mme G..., Victorine, vingt-trois ans. Début des accidents un mois auparavant. Vomissements bilieux et alimentaires. Douleur au niveau et à gauche de l'ombilic. Vomissements trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments. A constaté une tumeur il y a trois semaines.

Etat actuel. — Malade très amaigrie. Estomac très dilaté. Tumeur nettement mobilisable à gauche de l'ombilic.

Opération le 19 janvier 1899. Pylorectomie assez facile. Hémorragie difficile à arrêter en enlevant des ganglions sur la tête du pancréas. Gastro-entérostomie antérieure.

Nouvelle hémorragie venant d'une déchirure méso-colique. Mort après l'opération.

Autopsie. — Epanchement considérable. On trouve de nombreux ganglions cancéreux. Lésions tuberculeuses peu avancées des poumons.

27. Roque et Bancel. — *Cancer de l'estomac généralisé.*

MM. Roque et Bancel présentent les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une jeune femme de vingt trois ans ayant succombé à un cancer de l'estomac. L'affection a eu une évolution très rapide (4 à 5 semaines). A l'autopsie, on a trouvé une énorme tumeur avec envahissement des ganglions lombo-abdominaux mésentériques, médiastinaux, du pancréas, de la rate, des

deux capsules surrénales de l'aorte et de la veine cave qui étaient comprimées et rétrécies.

Le diagnostic n'avait pu être fait ; l'existence d'une tumeur pulsatile et la perception à l'auscultation d'un double souffle avaient fait croire pendant quelque temps à un anévrisme ; ces symptômes étaient dus à la compression de l'aorte.

Plus tard on avait songé à la possibilité d'une péritonite tuberculeuse, en raison des adénopathies multiples et de la fièvre. La température atteignait 39 degrés dans les derniers jours, sans qu'on ait trouvé de point ulcéré dans la tumeur.

Les autres symptômes ont consisté en : conservation de l'appétit jusqu'à la fin, douleurs intolérables, nécessitant l'usage de la morphine, absence de cachexie et d'ascite abondante.

Les vomissements ont été assez fréquents dans la dernière période.

La mort s'est produite brusquement après une évolution rapide.

28. Chlumski. — Le patient G. B..., vingt-quatre ans, négociant, souffre de l'estomac depuis six ans. Le malade ressentit au début d'assez violentes douleurs du côté gauche du thorax, douleurs survenant après un travail pénible, se répétant d'abord deux à trois fois par semaine pour devenir bientôt quotidiennes. En janvier 1895, vomissements continus durant trois jours et jusqu'à vingt fois par jour ; douleurs sourdes mais continues à l'épigastre. Dès le mois d'août 1898, renvois acides, vomissements, inappétence et douleurs aiguës. Jamais d'hématémèse. Il y a quatre à cinq mois, le patient remarque une tumeur dure à l'épigastre.

Amaigrissement considérable.

Etat du 9 janvier 1899. — Mauvais état de nutrition. Sous l'arcade costale gauche, l'on perçoit une tumeur bosselée, dure, de la grosseur d'un poing, néoplasme très peu mobile et se propageant jusqu'à la ligne médiane. L'insufflation de l'estomac amène la grande courbure à quatre travers de doigt en dessous de l'ombilic. Le déjeûner d'essai révèle le manque total d'acide chlo-

rhydrique, des traces d'acide lactique, des ferments et des sarcines avec une acidité totale de 60.

L'opération décèle la présence d'une grande tumeur de l'estomac disposée en anneau et occupant toute la région prépylorique. Adhérences avec le pancréas; ganglions mésentériques infiltrés; estomac de volume normal. Gastro-entérostomie antérieure avec le bouton de Murphy.

Les deux premiers jours après l'opération pas de vomissement ni d'élévation de température; douleurs à l'épigastre. Le 17 janvier au soir, vomissements biliaires peu abondants; le jour suivant, ils surviennent deux fois et sont nauséabonds.

19 janvier. — Météorisme, abdomen quelque peu sensible. pouls faible, 120. T. = 37. Transfusion de 1000 centimètres cubes de solution physiologique. Nouvelle laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe quelque peu de liquide à coloration ictérique qui suinte du voisinage de l'anastomose; malgré cela on ne découvre aucune perforation; drainage de Mikulicz.

20 janvier. — Selles et flatus. Le 21 janvier, nouveaux vomissements, légères douleurs au poumon gauche. Le 22 janvier, T. = 38 degrés au soir; râles à gauche; sputum nauséabond.

25 janvier. — Les températures se maintiennent élevées; une matité s'établit à la base du poumon gauche et atteint bientôt la pointe de l'omoplate. Anorexie, cachexie progressive, marasme. Exitus le 26 janvier.

L'autopsie révèle des foyers multiples de broncho-pneumonie gangreneuse, un cancer de l'estomac occupant le pylore et s'étendant vers le cardia sur une longueur de 15 centimètres. La séreuse est bosselée et renferme de nombreuses tumeurs grisâtres, gélatineuses, de la grosseur d'une noisette. La petite courbure est bordée d'un chapelet de ganglions lymphatiques présentant les mêmes particularités que les néoplasmes de la séreuse. Toute la région de l'épigastre jusqu'à la coupole gauche du diaphragme et la séreuse du lobe gauche du foie, ainsi que la surface totale de l'estomac et les anses intestinales adjacentes, sont plus ou moins hyperémiées, et recouvertes de masses fibrineuses assez adhérentes. Pas d'examen histologique.

En résumé, durée quatre ans et plus.

29. Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Tixier.

P... Louis, vingt-quatre ans, entre le 3 octobre 1903 dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Pothin. Le début de l'affection remonte à dix-huit mois. Il a été marqué par des crampes douloureuses, des régurgitations acides, des pituites revenant fréquemment. Dès ce moment, le malade avait du dégoût pour les matières grasses, de la lenteur des digestions. Depuis six mois, des vomissements sont survenus. Ils se font à peu près tous les jours. La nature des matières vomies indique qu'il y a stase alimentaire. Les vomissements sont acides.

L'état général a faibli considérablement. Le malade est maigre, pâle, affaibli. Teinte jaune paille des téguments. Perte de poids de 14 kilogrammes depuis le début de l'affection. A l'examen, on sent nettement une tumeur au niveau du pylore. L'estomac est un peu dilaté

5 novembre. — Opération. Gastro-entéro-anastomose postérieure. Suture au catgut et au tendon de renne. On voit une tumeur volumineuse occupant le pylore et presque toute la petite courbure. L'opération se passe sans aucun incident.

7 novembre. — Suites normales. Température, 38 degrés.

10 novembre. — Ablation des premières agrafes.

15 novembre. — Ablation des dernières agrafes.

30. Defontaine. — M. M..., âgée de vingt-quatre ans et onze mois, a deux enfants vivants.

Sans antécédents héréditaires, ni maladie antérieure importante.

Elle souffre de l'estomac depuis huit mois, et vomit depuis six. Les vomissements se produisant d'abord tous les trois ou quatre jours, sont devenus plus fréquents et se montraient le plus souvent par séries ininterrompues de quelques jours. Le lait est le seul aliment à peu près toléré. Pas de vomissements noirs. L'amaigrissement s'est montré avec les vomissements et

en a suivi la marche; il a été très marqué dans les quinze jours qui ont précédé l'opération.

De 120, la malade est tombée à 87 livres. La tumeur gastrique était observée par la malade elle-même depuis plus de six mois.

En février 1893, la malade m'avait été présentée par le Dr Buhet et j'avais trouvé la tumeur mobile, déjà volumineuse.

Je revis la malade le 25 mars et elle accepta l'opération en principe, mais ne vint que le 10 mai. La tumeur, facile à sentir et à limiter, était située immédiatement au-dessus de l'ombilic qu'elle dépassait légèrement en bas, avait le volume du poing de la malade, était toujours très mobile, surtout de droite à gauche.

Les préparatifs avant l'opération ont consisté en quelques jours de régime lacté absolu et vingt-quatre heures de diète absolue, même pour les liquides. Trois lavements de bouillon par jour.

Opération : 14 mai 1893. Nous ne résumons que ce qui avait trait aux caractères de la tumeur.

Celle-ci se présente avec un appendice à sa partie inférieure droite, constitué par des ganglions dégénérés. Quelques adhérences péritonéo-épiploïques à la partie postérieure.

On fait une résection gastrique, puis suture duodéno-gastrique (résection pyloro-gastrique avec anastomose termino-terminale).

Les suites ont été parfaites. La température, pendant les deux jours qui ont suivi, a été de 37°8 le matin, 38°2 le soir, et depuis, elle a été absolument normale. Le pouls n'est monté à 100 que le lendemain soir de l'opération. Il n'y a eu à noter que quelques coliques gazeuses; le surlendemain de l'opération, une seule introduction de sonde rectale y mit fin rapidement. Il n'y a pas eu un seul vomissement, ni même de régurgitation. Dès le troisième jour, le teint terreux de la malade a fait place à un teint clair. Régime sévère, puis, peu à peu, reprise de l'alimentation.

La malade retourne chez elle quinze jours après l'opération.

Dans le courant du mois d'août 1893, bien que la digestion restât facile, que les aliments fussent bien tolérés sans aucun vomissement, cette femme fut prise d'ictère de plus en plus

intense, avec distension de la vésicule biliaire. Je proposai à la malade d'ouvrir cette vésicule, mais elle ne vint pas au jour dit, étant trop mal, fait constaté huit jours après. Elle mourait dans les premiers jours de septembre 1893 des suites de la rétention biliaire, avec persistance de la perméabilité pylorique. Je crois qu'ici encore il a dû y avoir une récidive ganglionnaire comprimant les voies biliaires.

L'examen histologique des tumeurs a été fait. Il s'agissait d'épithélioma développé principalement dans la muqueuse et ayant envahi progressivement la sous-muqueuse et la musculeuse.

31. Czerny. — Adèle M..., vingt-quatre ans,depuis un an et demi, troubles stomacaux. Vomissements fréquents. Dans les derniers temps, fort amaigrissement; patiente anémiée, avec nutrition très réduite. Tumeur irrégulière, grosse comme une pomme, dans la région pylorique. Insuffisance motrice au deuxième degré. Pas d'acide chlorhydrique libre. Acide lactique positif. Carcinome du pylore, comme une petite pomme, facilement mobilisable. Deux ganglions dans le ligament gastrocolique. On fait d'abord une gastro-entérostomie postérieure avec suture, puis résection du pylore s'étendant de 12 centimètres sur la grande courbure : suture à deux rangées de l'estomac et du moignon duodénal. Tamponnement. Pour le reste, fermeture de la paroi par sutures. Evolution idéale. Ablation des fils le douzième jour. Au bout de sept mois, fin janvier 1905, augmentation de 20 livres. Bon état général.

32. Czerny. — N° 2527. Jacques T..., vingt-quatre ans; début au mois de mars 1899, avec de violentes et de fréquentes douleurs. Dans les derniers temps, nausées et vomissements. Jamais d'hématémèse. Réaction d'acide chlorhydrique négative. On ne perçoit pas nettement de tumeur. 30 décembre : opération. Tumeur de la grosseur d'un œuf sur la petite courbure. On fit d'abord une gastro-entérostomie, suivant la méthode d'Hacker-Murphy, puis une résection de l'estomac. Fermeture de l'estomac

et du duodénum, par une suture à deux étages. On extirpa un morceau qui comprenait 11 centimètres de petite courbure, et 16 centimètres de la grande. Au début, après l'opération, légère élévation de la température par bronchite. Cicatrisation rapide. Bouton éliminé seize jours après. L'estomac fonctionne bien.

33. Czerny. — Homme de vingt-quatre ans. Souffre de l'estomac depuis un an et demi. En avril 1904, à plusieurs reprises, hématémèses et mélœna. Perte de forces. Homme très anémié. Tumeur pylorique. Pas d'acide chlorhydrique libre. Acide lactique positif. Diagnostic clinique : carcinome du ventricule. Laparotomie. Tumeur étendue au pancréas. Gastro-entérostomie postérieure par suture. Guérison simple de la plaie opératoire. Semble amélioré.

34. Czerny. — N° 469. Prence W..., vingt-quatre ans. Carcinome diffus de la paroi antérieure de l'estomac avec de violentes douleurs, sans insuffisance motrice de l'estomac. Opération impossible.

35. Gander. — L.... Maria, vingt-quatre ans, domestique. La patiente est anémique depuis assez longtemps. L'été dernier, en 1897, vomissements et douleurs fréquentes à l'épigastre ; jamais d'hématémèse. Ces derniers temps, les vomissements ont disparu, mais ont fait place à l'inappétence, à des douleurs gastriques aiguës, à un amaigrissement et une faiblesse générale considérables. Jusqu'ici la patiente a été traitée comme chlorose ; elle tousse quelque peu, jamais de sang dans les crachats ; antécédents tuberculeux dans la famille.

Le 4 novembre 1898, la malade entre à l'hôpital de la Chaux de Fond. Patiente amaigrie, pâle, légèrement cyanosée, cœur et poumons normaux. Abdomen nullement ballonné. Entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure supérieure gauche, l'on sent une tumeur mobile de la grosseur d'un poing. Le néoplasme ne subit aucune modification dans sa position par l'insufflation du côlon. Lors de l'insufflation de l'estomac, la tumeur remonte

dans la région pylorique. A la palpation, après insufflation, il semble que le néoplasme occupe une partie de la paroi stomacale et qu'il s'insère à la petite courbure.

Diagnostic clinique. Cancer de l'estomac partant de la petite courbure.

Chimisme stomacal. Pas d'acide muriatique libre, réaction positive d'acide lactique.

Opération le 8 novembre 1898 ; sutures et ligatures à la soie, narcose à l'éther, asepsie.

Section longitudinale des téguments allant de l'ombilic au processus ensiforme. L'estomac est saisi et maintenu hors de la plaie. La tumeur siège à la petite courbure et s'étend sur les parois antérieure et postérieure, surtout sur cette dernière, et jusque dans le voisinage de la grande courbure. Ganglions de consistance molle, le long des petite et grande courbure.

Résection de l'estomac d'après Kocher, sur une longueur de 9 centimètres sur la petite, et de 21 sur la grande courbure.

Comme il paraît exister une certaine tension à la partie postérieure du duodénum fixé au moignon stomacal, l'on place derrière le duodénum une mèche de gaze iodoformée, à côté de laquelle on introduit un drain en verre aboutissant à la plaie extérieure. La plaie est, sauf l'ouverture pour le drain, entièrement fermée. Pansement au collodion.

Les premiers jours, quelques gouttes d'un liquide séreux et quelque peu trouble sortent du drain. La mèche de gaze est retirée peu à peu et enlevée totalement au neuvième jour. Aucune élévation de température. Injections répétées et sous-cutanées de solution physiologique de chlorure de sodium. Le pouls, accéléré les premiers jours, redevient bientôt normal. Le drain est complètement retiré au bout de dix-huit jours.

Régime liquide durant les quinze premiers jours, puis l'on passe graduellement au régime ordinaire. Trois semaines après l'opération, la patiente, sans en demander l'autorisation, mange du lard et des carottes sans en ressentir le moindre désagrément. Elle se lève, et après un séjour d'un mois, quitte l'hôpital le 5 décembre 1898.

Etat général très satisfaisant, cicatrice linéaire sans réaction. La patiente supporte tous les mets. L'examen du chimisme de l'estomac, une heure après le déjeuner d'essai, donne les résultats suivants : acide lactique, réaction douteuse ; acide chlorhydrique libre, point.

Six semaines plus tard, le D[r] de Quervain, revoit la patiente ; elle a déjà pris un peu d'embonpoint, supporte absolument tous les aliments et se déclare en parfaite santé. La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Le 7 septembre 1901, c'est-à-dire trois ans après l'opération, j'ai revu la patiente en excellente santé ; elle avait augmenté de quinze livres et a pu vaquer à ses occupations de lingère.

La palpation de l'abdomen ne décèle rien d'anormal ; la cicatrice opératoire ne forme qu'une légère strie entre deux bourrelets graisseux.

Le déjeuner d'essai permet de retirer 4 centimètres cubes de suc gastrique. Ni acide chlorhydrique, ni acide lactique. Deux résultats analogues les jours suivants.

L'estomac fonctionne parfaitement quant à sa motilité, car après un copieux repas du soir composé de viande et d'œufs, l'on ne constate ni rétention ni présence de suc gastrique lors du sondage d'estomac pratiqué le lendemain matin.

En date du 3 août 1902, la patiente à qui j'ai demandé des nouvelles de sa santé écrit : « Je me trouve actuellement en parfaite santé ; celle-ci s'est améliorée depuis que j'ai repris les travaux du ménage ; je pèse 106 livres ; j'en pesais 90 avant l'opération ; je mange de tout, prends régulièrement mes trois repas par jour et ai bon appétit. » Ces mêmes nouvelles me sont confirmées en février 1904.

L'examen histologique confirma d'une façon certaine le diagnostic de cancer.

36. Albertoni Pietro. — Candido M..., agriculteur, est âgé de vingt-cinq ans. Son père, grand amateur de vin, est mort il y a sept ans d'un cancer de l'estomac, diagnostic vérifié à l'autopsie.

La mère et les quatre frères du patient jouissent d'une bonne santé.

Dès janvier 1887, le patient manque d'appétit. Puis apparaissent des douleurs intenses à l'épigastre, douleurs irradiant dans toute la région stomacale et se manifestant surtout après les repas. Quand le patient reprend immédiatement son travail, les douleurs se maintiennent une journée et plus. Elles apparaissent à intervalles réguliers de huit à dix jours ; le patient se trouve en général soulagé en buvant un peu de vin ; les mêmes symptômes se répètent durant quatre à cinq mois ; les douleurs allant en augmentant, le patient consulte un médecin en mai 1887. Ce dernier diagnostique un catarrhe chronique de l'estomac, lui prescrit du bicarbonate, de l'eau de Montecalieri, et soumet le patient au repos et à un régime composé exclusivement de viande et d'un peu de pain. Après quinze jours de ce traitement, le patient se sent grandement soulagé, quoique les douleurs habituelles persistent, mais moins intenses. Le bien-être se maintient aussi longtemps que le patient suit ce régime et garde le repos, mais à peine a-t-il repris son travail que les douleurs s'accentuent et s'accompagnent de renvois acides et de gargouillement intestinal. L'état du patient reste stationnaire jusqu'en août 1887, où le patient a recours à un second médecin qui lui prescrit une poudre, sous l'influence de laquelle les renvois acides disparaissent, les gargouillements diminuent ; seules, les douleurs persistent dans toute leur intensité. C'en est ainsi jusqu'en janvier 1888, où le patient se présente de nouveau chez le premier médecin qui le met au régime lacté, suivi scrupuleusement durant vingt jours et qui soulage si bien le patient qu'il reprend son alimentation ordinaire.

Un bien-être relatif se maintient jusqu'à la mi-février, puis le malade retourne à son travail et à ses vieilles habitudes. Peu après, les douleurs reparaissent d'abord peu intenses, puis vont s'exaspérant et, pour la première fois depuis le début de l'affection, se produisent des vomissements liquides blanchâtres contenant quelquefois des restes d'aliments. Ces vomissements se manifestent presque toujours une heure ou deux après les

repas, quelquefois aussi le matin à jeun. En avril, il y a du sang dans les vomissements. Le médecin diagnostique un ulcère et soumet le malade à un régime de peptones et de pain. Les vomissements deviennent plus rares. Deux fois seulement on y constate du sang et les douleurs de l'épigastre diminuent. L'amélioration n'est toutefois pas de longue durée, attendu que le patient se met bientôt à manger des viandes bouillies et rôties, ainsi que des farineux, et à boire du vin.

Dès ce moment, le malade fut observateur scrupuleux de tous les régimes qui lui furent suggérés, mais seulement durant les premiers jours, après quoi il retournait à ses vieilles habitudes. Dans la seconde moitié d'octobre, les vomissements apparaissent plus intenses et toujours peu après l'ingestion des aliments; deux fois ils sont couleur marc de café et sucre brûlé, mais sans aucun grumeau de sang. Le patient souffre de constipation opiniâtre; une seule fois et durant huit jours, la diarrhée s'établit. Les derniers mois, le malade se plaint toujours de renvois à odeur désagréable, de saveur amère dans la bouche et d'inappétence. Il éprouve une sensation de poids et de ballonnement à l'épigastre. Après l'ingestion des aliments, les douleurs diminuent et parfois augmentent d'intensité. Le patient éprouve quelque soulagement en gardant la position assise. C'est dans cet état que le patient entre, le 3 décembre 1888, à la Clinique de Bologne.

Le patient, de stature un peu au-dessus de la moyenne, est dans un état de nutrition très précaire. Les téguments sont pâles, le visage très émacié; le teint jaune paille, les muqueuses, spécialement les conjonctives, tout à fait décolorées. La peau se soulève en plis larges et durables; les masses musculaires sont flasques et très réduites de volume. Aucun ganglion sur les côtés du cou; par contre, les glandes inguinales sont très augmentées de volume, indolores et de consistance ferme. Rien aux poumons ni au cœur.

A la palpation abdominale, l'on ne réussit pas à sentir le bord inférieur du foie à cause de la tension des parois abdominales et des sensations douloureuses que provoque la pal-

pation de la région épigastrique. Cette même région présente une proéminence qui subit de continuelles modifications s'accentuant et disparaissant tour à tour. Une inspection attentive fait découvrir une pulsation. Le malade se soustrait par un mouvement brusque à une sensation douloureuse très intense dès qu'on exerce une pression un peu forte dans la moitié gauche de la région épigastrique, en un point situé dans le voisinage de la ligne médiane, à 4 ou 5 centimètres sous l'arcade costale gauche. Cette douleur s'irradie dans tout l'épigastre. A la palpation, l'on découvre dans le triangle de l'épigastre, à peu près à la moitié de la ligne xipho-ombilicale, une résistance assez dure, transmettant les pulsations de l'aorte et débordant l'arcade costale droite au niveau du prolongement de la ligne parasternale et s'arrêtant à cette même ligne du côté gauche. La surface de la tumeur n'est pas parfaitement lisse et présente au point douloureux fixé plus haut une légère proéminence circonscrite et dure. L'auscultation y fait découvrir un léger souffle, de caractère plutôt doux, et qui coïncide ou suit de près l'impulsion rythmique que reçoit le stéthoscope. Ce souffle ne s'entend que dans une zone restreinte. L'on entend, en palpant l'estomac, un gargouillement très prononcé. L'insufflation révèle un estomac très dilaté dont la limite inférieure atteint l'ombilic.

Du 3 au 6 décembre, le patient souffre de vomissements répétés et se produisant environ une heure après les repas : douleurs presque continues à l'épigastre, renvois de gaz à odeur sulfhydrique. Les matières vomies, très abondantes, contiennent de l'acide libre, peu d'acide lactique, beaucoup de sarcines, de résidus alimentaires et quelques corpuscules rouges.

6 décembre. — Le patient est pris tout à coup de douleurs si intenses qu'il pousse des cris stridents et se roule dans de terribles contorsions. La douleur a son siège dans la région péri-ombilicale et s'irradie dans tout l'abdomen. Le patient est couvert de sueur visqueuse, le pouls saute à 140, devient petit, l'on compte 36 respirations par minute. Grâce à une injection de morphine, les douleurs diminuent légèrement. Un quart

d'heure plustard, le pouls a 156, petit et filant; le malade est pris de violentes nausées mais n'émet qu'un peu de salive. Une heure et demie plus tard le pouls est à 160 ; les nausées persistent.

La percussion accuse une légère matité à l'hypogastre gauche. Quand le patient est couché sur le flanc, cette matité augmente d'intensité pour devenir absolue dans les parties plus déclives de la région iléo-cæcale droite. Vers le soir, le patient devient aphone et meurt à 5 heures.

En présence de ces symptômes, on avait établi de diagnostic suivant : ulcère stomacal, perforation de l'estomac, péritonite suraiguë et probablement anévrisme cœliaque.

Autopsie : à l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe une grande quantité de gaz. Le péritoine pariétal et viscéral est couvert de stries mucilagineuses couleur café-rôti, et est souillé d'un liquide noirâtre, identique aux substances vomies quelques heures avant la mort, etdont on recueille environ 1 litre.

L'estomac occupe sa position normale ; sur la paroi antérieure l'on remarque une ouverture circulaire d'1 centimètre de diamètre, à bords hypertrophiés réguliers dans leurs contours et comme taillés à pic. L'épaississement de la paroi antérieure de l'estomac est particulièrement accusé dans le voisinage de cette perforation, et a l'aspect de tissu cicatriciel ancien et hypertrophié. Le doigt passe avec peine à travers cet orifice et palpe à l'intérieur de l'estomac une tuméfaction dure et irrégulière, se propageant vers le pylore.

En ouvrant l'estomac le long de la petite courbure, les ciseaux rencontrent près du pylore une résistance énorme qui n'est incisée qu'avec peine et qui est due à un tissu blanc, de consistance fibro-cartilagineuse, occupant toute l'épaisseur de la paroi stomacale sous forme d'infiltration diffuse mais partielle et formant en outre des foyers plus ou moins étendus. La masse diffuse et compacte se propage vers le pylore sur une longueur de 7 à 8 centimètres, son épaisseur est de 2 centimètres environ. Elle envoie des fusées d'infiltration dans les parois stomacales postérieure et antérieure, mais toujours dans la direction du pylore. C'est au sein de cette masse qu'est vue la perforation.

La muqueuse stomacale est très hypertrophiée ; les bords de la perforation sont durs, à la face interne de l'estomac, également très nets, réguliers, comme taillés à pic et très résistants. Un peu au-dessous du bord inférieur de ce premier ulcère, à 2 ou 3 centimètres de ce dernier, siège une seconde solution de continuté de la grandeur d'une pièce de deux sous, ulcération intéressant l'épithélium et une bonne partie de la muqueuse. L'ulcère est parfaitement rond, à bords réguliers et nets. Le fond en est grisâtre et résistant. Le tissu cicatriciel de l'ulcère a, en se retirant, replié la paroi stomacale de façon à cacher à première vue l'ulcère plus récent. L'anneau pylorique est peu induré, seules ses parois sont quelque peu hypertrophiées.

Sur la paroi postérieure de l'estomac et dans sa moitié droite se trouve une cicatrice de la grandeur d'une pièce de 2 sous et formée de tissu conjonctif induré.

Les autres organes ne présentent rien de spécial ; on ne trouve aucune trace d'anévrisme.

Au point de vue histologique, Albertoni dit se trouver en présence de ce qu'il appelle un adénome suspect en quelques points de dégénérescence cancéreuse.

Examinons la tumeur à un faible grossissement ; l'on voit la muqueuse se prolonger vers le bord de l'ulcération, conservant sur un certain trajet ses glandes normales. Peu à peu, celles-ci viennent à manquer et il n'en reste bientôt que le fundus. Puis elles cessent tout à fait et elles laissent à nu la sous-muqueuse. A proximité des bords de l'ulcère, la sous-muqueuse est à découvert, et bientôt la surface interne de la paroi stomacale se trouve être formée par les faisceaux de la tunique musculeuse. Il apparaît ainsi clairement que l'ulcère s'est propagé de la muqueuse à la sous-muqueuse, musculeuse et séreuse, et diminuant graduellement d'intensité à mesure qu'il s'éloignait du point correspondant à la perforation.

La sous-muqueuse et la muqueuse sont infiltrées de tubes glandulaires simples et ramifiés, tapissés de cellules cylindriques avec noyau à la périphérie. Dans la sous-muqueuse, l'infiltration

est plus forte que dans la musculeuse. Aux abords de l'ulcère perforant, les formations glandulaires deviennent plus nombreuses et vont toujours diminuant à mesure qu'elles se rapprochent de la muqueuse stomacale intacte. A une certaine distance de l'ulcère, la musculeuse n'est plus infiltrée; par contre, la sous-muqueuse l'est encore.

Dans la musculeuse, l'infiltration va de faisceau en faisceau et est accompagnée d'une abondante infiltration globo-cellulaire. Un ganglion lymphatique du mésogastre renferme des cellules cylindriques à noyau basal, parfaitement identiques à celles qui se trouvent dans la sous-muqueuse de l'estomac ; elles forment elles aussi des tubes glandulaires.

Après avoir émis l'opinion qu'il s'agit ici d'un adénome suspect de dégénérescence cancéreuse. Albertoni finit par conclure à un adénome destructeur, avec métastase dans un ganglion lymphatique du mésogastre.

37. Leube. — *Anorexie et vomissements sans hémorragies. Cancer du cardia et de la grande courbure, coïncidant avec des fibro-sarcomes de la peau.*

Un professeur de vingt-cinq ans en traitement à la clinique d'Iéna, souffrait depuis plus d'un an de troubles digestifs, d'éructation, de douleurs à la région épigastrique et de perte d'appétit. En l'examinant, on constate un amaigrissement considérable et un aspect cachectique ; le système musculaire est peu développé. La moitié gauche de l'épigastre paraît un peu proéminente, surtout dans la station debout. Le malade étant couché, on aperçoit, sous l'hypocondre gauche, une tumeur du volume et de la consistance de la rate qui s'étend jusqu'à la ligne médiane et dont la situation varie un peu suivant les mouvements respiratoires. Dans l'inspiration, son bord inférieur s'abaisse de près de o m. o6, le bord inférieur est situé à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et son extrémité droite se révèle sous le lobe hépatique correspondant. La percussion sur ce point donne un bruit tympanique.

Dans la peau, près de l'ombilic, se trouve une petite tumeur

dure, légèrement noueuse, nettement circonscrite, indolore, d'aspect rouge bleuâtre et grosse comme la moitié d'un œuf de pigeon. D'autres petites nodosités analogues, du volume d'un pois, existent dans l'épaisseur de la peau de la poitrine, de l'abdomen. La plus grosse, enlevée au bistouri, présentait, sinon très nettement, du moins très vraisemblablement, au microscope, la structure du sarcome fasciculé; grosses cellules rondes ou polygonales enveloppées dans un réticulum assez serré de fibres du tissu conjonctif fasciculé; par places, grosses masses circulaires de cellules graisseuses, irrégulièrement distribuées, etc.

Pour aider le diagnostic, on eut recours à la sonde œsophagienne; celle-ci s'arrêtait dans la région du cardia sur un obstacle d'ailleurs assez facile à franchir. Les vomissements contenaient des mucosités et des débris des aliments de la journée, mais ils n'avaient jamais présenté de sang, ni aucune matière anormale.

Le malade mourut au bout de trois mois, très épuisé et très amaigri ; les tubercules de la paroi s'étaient multipliés et la tumeur abdominale avait considérablement augmenté de volume.

A l'*autopsie*, on trouva l'estomac occupé par une tumeur arrondie, s'étendant sur toute la hauteur de sa paroi, depuis le cardia jusqu'à la grande courbure, et qui se continuait avec la rate non altérée cependant ; le long de la petite courbure, les ganglions mésentériques, notoirement grossis et dégénérés, formaient une masse dure, adhérente à l'estomac.

La muqueuse, à peu près saine dans le voisinage du pylore, présentait au niveau du néoplasme une large et profonde ulcération, paraissant assez ancienne ; tout autour, la paroi stomacale présentait son épaisseur maxima ; même après durcissement dans l'alcool, elle mesurait 1 cm. 05.

Le néoplasme avait intéressé toutes les tuniques de l'organe. Pas de tumeur entre le péritoine diaphragmatique et l'estomac. Foie normal. L'examen microscopique, pratiqué par Müller, confirma le diagnostic de cancer squirreux de l'estomac avec développement exagéré du tissu fibreux, semblable ulcération fut constatée dans les ganglions gastro-épiploïques.

Réflexions. — Malgré la rareté du sarcome de l'estomac, on eût été en droit de porter, pendant la vie, un semblable diagnostic. Il s'agissait, en effet, d'un homme jeune, qui n'avait jamais présenté de vomissements de sang ni de « marc de café », ce qui permettait de supposer l'intégrité de la paroi stomacale ; la tumeur s'étendait irrégulièrement sur toute la région épigastrique et surtout, point capital pour le diagnostic, elle s'accompagnait extérieurement de fibro-sarcomes de la peau, paraissant s'être développés par métastase.

L'autopsie démontra, malgré ces présomptions, qu'il s'agissait d'un simple cancer de l'estomac et que le caractère histologique des néoplasmes cutanés ne nous autorisait pas à attribuer, dans nos prévisions, un caractère analogue à la tumeur stomacale.

38. Czerny. — Gust. K..., vingt-cinq ans. Depuis fin août, troubles stomacaux. Amaigri. Grande tumeur inopérable.

Aucune indication de gastro-entérostomie.

Expectation.

39. Osler et Mac Cræ. — A. B..., âgé de vingt-cinq ans, est malade depuis six semaines. Ses amis remarquèrent alors chez lui une coloration ictérique très prononcée. Quinze jours plus tard, le patient eut un accès de fièvre et garda le lit quelques jours; la température ne s'éleva pas au-dessus de 120 degrés Fahrenheit. Le malade perd l'appétit et maigrit. Il part pour New-York où il souffre de diarrhée, de manque d'appétit, d'un mauvais goût persistant de la bouche. Pas de nausées ni de vomissements. Le médecin découvre une tumeur abdominale et envoie le patient à l'hôpital; depuis quinze jours, notre malade a diminué de 15 livres.

Status : patient amaigri, téguments pâles Rien au thorax.

A deux longueurs de doigt au-dessous du processus xiphoïde, on observe une proéminence distincte, mobile, qui suit les mouvements respiratoires et peut être déprimée jusqu'à l'ombilic. Ce néoplasme n'est pas douloureux. Après l'insufflation de l'estomac, la zone tympanique atteint presque l'ombilic et la tumeur est mobile à droite et en bas.

Le déjeuner d'essai donne 8 centimètres de liquide qui ne contient pas d'acide chlorhydrique libre et donne une réaction positive d'acide lactique. Examen du sang : 75 pour 100 d'HB, 3.996.080 globules rouges et 8.400 corpuscules blancs.

Le Dr Osler justifie le diagnostic de cancer de l'estomac comme suit : la grande mobilité de la tumeur avec les alternatives de réplétion et de vide de l'estomac me semblent être un point très important.

Puis l'anémie, les nausées, le manque de digestion stomacale, l'absence d'acide chlorhydrique et la présence d'acide lactique justifient, malgré le jeune âge du sujet le diagnostic de cancer stomacal.

L'opération eut lieu le 18 juin ; vu l'étendue du néoplasme, l'on se borna à une laparotomie exploratrice. A un pouce et demi du pylore on aperçoit sur la petite courbure un plexus de veines dilatées, étalées sur la séreuse et accompagnées d'une petite proéminence sur la courbure même. Cette élévation correspond à une tumeur solide qui dépasse d'un pouce la paroi antérieure et se propage sur la postérieure, formant ainsi une tumeur de la grosseur d'une orange ; en arrière du néoplasme on sent de petits nodules de même consistance.

L'opération provoque quelque soulagement.

L'appétit se relève. Trois semaines plus tard le patient quitte l'hôpital pour un séjour à la montagne. Au cours de l'été, la cachexie fait des progrès rapides et le patient meurt le 25 septembre 1895.

L'auteur ne dit pas si l'autopsie a été pratiquée, pas de données histologiques.

40. Bettelheim. — *Vomissements alimentaires sans douleurs*

ni hémorragies. Tumeur perceptible après le lavage de l'estomac.

Une jeune fille de vingt-cinq ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels, accusait, en octobre 1876, une sensation de constriction et de pesanteur sur l'estomac après l'ingestion de substances acides. Les symptômes s'aggravèrent, surtout après un accouchement à la fin de janvier et, en mars, survinrent des vomissements abondants accompagnés de faiblesse et d'abattement.

20 avril 1877. — A un premier examen l'estomac parut considérablement dilaté, spécialement du côté de l'hypocondre gauche; il était sensible à la pression et on y produisait très nettement le bruit de gargouillement.

La sonde stomacale, introduite sans difficulté, ramena une grande quantité de liquide, couleur chocolat, d'odeur aigre et nauséabonde, contenant aussi des restes d'aliments, des sarcines et des corpuscules lymphoïdes isolés.

Après le lavage de l'estomac qui apporta immédiatement un notable soulagement, on constate la présence d'une tumeur arrondie, sensible à la pression, dure et bosselée, que l'on pouvait sentir par sa partie inférieure et qui, située dans la région ombilicale, se dirigeait obliquement en haut, de la ligne parasternale gauche à la droite, tout en restant séparée du foie par une zone, sonore à la percussion. D'ailleurs, elle était à peine mobile, sauf de haut en bas, à la pression et par les mouvements respiratoires. Elle transmettait les battements de l'aorte et, lorsque l'estomac était vide, elle paraissait immédiatement sous-jacente aux muscles de la paroi abdominale, tandis qu'elle n'était pas accessible dans l'état de réplétion de l'organe. Dans le décubitus latéral gauche, on constatait très nettement la matité de forme hémisphérique décrite par Traube; dans le décubitus droit c'était, au contraire, une sonorité tout à fait tympanique.

La faiblesse et la cachexie de la malade aussi bien que le volume de la tumeur, augmentèrent rapidement. Œdème des jambes et de la moitié gauche et inférieure du thorax. Parotidite suppurée.

Mort le 22 juin après neuf mois de maladie.

On avait posé, dès le début, le diagnostic de cancer qui devait se trouver près du pylore, à la partie gauche et antérieure de l'estomac.

L'autopsie confirma ce diagnostic. L'orifice du pylore était rétréci par une masse colloïde, ulcérée à sa surface et adhérant extérieurement au lobe gauche du foie. L'infiltration s'étendait assez loin à gauche jusqu'au milieu de la paroi antérieure et postérieure de l'estomac. En outre, des productions cancéreuses secondaires se trouvaient sur la surface péritonéale du foie et de l'estomac, sous forme de petites masses très molles et colloïdes de la grosseur d'une aveline ; il y en avait aussi de la grosseur d'un pois et même d'une noix sur le mésentère.

Pneumonie lobulaire, et parotidite suppurée du côté droit.

41. Albert Mathieu. — *Sur un cas de cancer de l'estomac à évolution lente chez un jeune homme; disparition des douleurs sous l'influence de la laparotomie exploratrice.*

Au mois de mai 1894 entrait, dans un des services de la Maison municipale de santé, un jeune homme de vingt-cinq ans, qui présentait de graves accidents de dyspepsie.

M. O..., n'avait jamais souffert de l'estomac avant 1890 ; à cette époque, il eut des ennuis répétés et fut soumis à un véritable surmenage.

En janvier 1891, étant alors sous-lieutenant dans un régiment d'infanterie, il fut pris brusquement de fringales qui survenaient environ deux heures après le repas et s'accompagnaient de crampes douloureuses que calmaient momentanément l'ingestion des aliments. Ces douleurs, pas très violentes, à ce moment, duraient souvent jusqu'au repas du soir pour disparaître sous son influence et se reproduire deux heures plus tard. Leur intensité augmenta progressivement avec le temps, leur caractère et leur époque d'apparition restant les mêmes.

En octobre 1892, M. O... consulte M. Bouveret qui, d'après les symptômes, le juge hyperchlorhydrique et lui ordonne un régime et un traitement en conséquence (suppression des irri

tants de l'estomac, alimentation carnée, lait, œufs, teinture de belladone, bicarbonate de soude, 4 à 6 grammes après chaque repas, par prises espacées de 2 grammes). Ce traitement n'amène aucune amélioration.

A son entrée, le malade déclare que depuis un an les phénomènes douloureux sont devenus beaucoup plus intenses. Il n'a de répit que deux heures environ après chaque repas; les douleurs affectent le caractère de crampes d'une extrême violence. La nuit, il ne dort pas, il est réveillé d'heure en heure par l'intensité des douleurs.

Des vomissements surviennent par périodes; pendant certaines crises, le malade ne peut supporter aucun aliment. Tantôt ils se produisent après le repas et sont alors alimentaires, tantôt ils surviennent à jeun et sont bilieux.

Les crises surviennent souvent à l'occasion de fatigues, de surmenage, puis elles disparaissent pendant plusieurs mois. Il n'y a jamais eu d'hématémèse, ni de mélœna. La constipation est habituelle; de temps en temps surviennent des débâcles diarrhéiques.

L'amaigrissement est très marqué, l'appétit très diminué, sans dégoût pour les aliments; le teint pâle, sans teinte jaune paille, Le symptôme dominant, ce sont les crises douloureuses qui se montrent environ deux heures après le repas et qui présentent une extrême violence; ellles ne sont soulagées que par des piqûres de morphine.

Il n'y a pas de dilatation marquée de l'estomac à jeun; on constate au creux épigastrique une induration très manifeste.

La survenue des douleurs tardivement après le repas, les crises de vomissements, l'âge du malade, tout cela amenait à penser à l'hyperchlorhydrie et à l'ulcère rond.

En avril 1894, M. Bouveret avait constaté que le liquide de l'estomac, deux heures après un repas ordinaire, n'avait qu'une très faible acidité (0,7 pour 1000). Au bout de cinq heures, cette acidité n'était que de 0,8 pour 1000. Cela permettait d'écarter l'idée d'hyperchlorhydrie; du reste, le traitement dirigé dans ce sens n'avait donné aucun résultat appréciable.

Une analyse par le procédé de Winter, faite par M. Terniel, le 10 mars 1894, donne :

Acidité totale	0,82	pour 1000
Acide chlorhydrique libre . . .	0	—
Chlore combiné.	0,36	—
Chlore total	3,35	—
Chlore fixé	2,99	—

L'analyse de l'urine montra une dose élevée de l'urée : 27 gr, 75 par jour.

L'existence d'un cancer de l'estomac était très vraisemblable ; cependant, le jeune âge du malade, la durée relativement longue de la maladie, l'intensité extrême des douleurs, le chiffre élevé de l'urée dans l'urine, nous parrurent justifier une tentative d'intervention.

7 juin. — M. Quénu pratiqua la laparotomie. Il y avait dans l'abdomen environ 1 litre de sérosité, et de petites nodosités blanchâtres, d'aspect cancéreux, étaient disséminées dans le péritoine, à la surface du grand épiploon et des anses intestinales. Une plaque d'aspect cancéreux se trouvait sur la petite courbure de l'estomac, à gauche du pylore.

En présence de la généralisation du cancer au péritoine, toute intervention devenait inutile. La suture de l'incision fut faite immédiatement. Les suites furent aussi simples que possible. Il n'y eut pas de fièvre. Le malade sortait de l'hôpital au bout de douze jours pour retourner chez lui en province.

Les douleurs disparurent complètement après l'opération, l'appétit reapparut ; le malade était plein d'espoir lorsque survint une diarrhée abondante qui amena l'épuisement et la mort. Le malade succomba à la fin du mois d'août.

42. Audibert. — *Vomissements et gastralgie rebelles à tous les traitements ; accouchement prématuré artificiel, suivi d'une courte amélioration ; ascite dans le dernier mois ; diagnostic après la ponction de l'ascite ; abondantes hémorragies stomacales les six derniers jours ; autopsie* (Résumé).

Claudine M..., vingt-cinq ans, dévideuse à Lyon depuis huit ans, entre le 11 mars 1875 à la Charité, salle Sainte-Thérèse, dans le service du Dr Delore. Rien dans les antécédents : père mort d'accident, mère bien portante, un frère bien portant, sept autres morts en bas âge. Dans les antécédents personnels, pas de maladie ; bonne constitution, vigueur et embonpoint, même, jusqu'à l'année 1875. Premières règles à dix-sept ans ; depuis, menstruation régulière ; un peu de dysménorrhée les premiers mois. Mariée à vingt ans ; depuis, vie plus pénible, ennuis, mauvais traitements, misère. Cinq accouchements, tous longs, mais réguliers et sans suites pathologiques. Pas de fausse couche. Trois enfants sont morts à sept semaines, les autres se portent bien, la mère en a allaité quatre, dont le dernier pendant trois mois.

Début des accidents en juin 1875 et dès les premiers jours de l'allaitement.

On note d'abord des crises de gastralgie, suivies de vomissements. Les douleurs lancinantes, très vives, se déclaraient à l'épigastre et dans la région du sein droit et, de là, s'irradiaient dans tout le côté droit et l'abdomen ; aussitôt la malade avait des nausées et vomissait soit une petite quantité d'un liquide muqueux ou biliaire, soit des matières alimentaires. Ces crises survenaient d'abord tous les deux ou trois jours, puis deux ou trois fois par jour. Au bout de quelques semaines, chaque fois que le nourrisson prenait le sein, les crises reparaissaient. Pas de perte d'appétit ; les aliments du goût de la malade étaient conservés. Les symptômes s'aggravant, suspension de l'allaitement au bout de trois mois.

A ce moment déjà, amaigrissement et perte des forces ; les symptômes s'aggravent et, le 24 décembre 1875, la malade entre à l'Hôtel-Dieu où elle fait un séjour de deux mois et demi.

A l'entrée, anémie profonde, sans œdème, sans bruit de souffle ; petite toux sèche ; rien aux poumons ; rien à l'examen de l'abdomen, sauf de l'hyperalgésie au creux épigastrique. Apyrexie.

Le sujet accuse des alternatives de froid et de vapeurs, mais

se plaint surtout de douleurs gastralgiques avec point à l'épigastre et point au dos, revenant par crises six à huit fois le jour, et presque continuelles la nuit ; vomissements très fréquents à chaque crise et souvent après les efforts de toux.

Moyens thérapeutiques sans résultat. Une seule fois, rémission de quelques jours après vomitif (ipéca, 1 gramme).

Dans les premiers jours de janvier, douleurs lombaires fixes. Le 8 janvier, la malade se dit enceinte, sans que l'examen ne révèle rien ; les dernières règles datent de septembre. En réalité, était enceinte de huit semaines.

Elle quitte l'Hôtel-Dieu le 8 mars sans amélioration et rentre à la Charité.

A la date du 12 mars, on note les mêmes symptômes ; on insiste sur la violence des douleurs, sur la fréquence des crises et des vomissements. Les crises surviennent toutes les demi-heures ; l'estomac rejette tous les aliments solides et liquides ; anémie extrême. Rien à l'examen de la poitrine. Signes de grossesse à quatre mois et demi.

Jusqu'à la fin d'avril, la marche des accidents, continuellement progressive, fut interrompue seulement par deux ou trois rémissions de courte durée. Aucun traitement ne l'améliore.

Au mois de mai, on se trouvait à bout de ressources médicales.

Au 1er mai : décoloration et blancheur mate des téguments, flaccidité des chairs, élongation des traits, maigreur considérable, rides profondes, faiblesse extrême, séjour au lit dans la position assise, dyspnée permanente ; œdème mou des jambes et des pieds peu marqué. Pouls petit, dépressible. Plaintes et cris incessants. Persistance de la gastralgie arrivée à son apogée. Douleurs névralgiques généralisées ; vives souffrances à la pression la plus légère sur la région épigastrique, et au moindre attouchement d'un point quelconque de la surface cutanée des membres aussi bien que du tronc. Découragement, instabilité ; pas de troubles de l'intelligence. Appétit diminué, non aboli ; langue large à enduit blanchâtre. Après chaque déglutition, les aliments sont rendus sans effort, comme par régurgitation ; il y a aussi des

régurgitations de matières muqueuses et plus rarement de sérosité jaunâtre. Constipation. De temps en temps, toux nerveuse ; rien aux poumons, impulsion du cœur très faible, pas de souffle cardiovasculaire. Miction normale, urines pâles, sans albumine. Percussion et palpation de la région épigastrique impossibles ; pas de déformation, ulcération du col utérin; température plutôt au-dessous de la normale.

Pendant une semaine on attend et le 7 mai on décide un accouchement prématuré ; commencé le 8 mai, dilatation complète le 10 mai à 11 heures. On est obligé de terminer par une version sous anesthésie. Pas de perte de sang. Fœtus de 980 grammes.

Depuis le début de l'intervention avait eu de nombreux vomissements et des douleurs névralgiques intenses.

La nuit du 10, fréquentes envies de vomir et perte d'un peu de sang. Le 11, pouls à 130, facies déprimé; abdomen tendu, douloureux à la pression et spontanément.

12 mai. — Température à $38^{0}5$; pouls à 96. Tension et douleurs abdominales moins intenses, miction normale, langue humide. Pendant la nuit, un seul vomissement.

Du 12 au 18 mai, la sensibilité de l'abdomen décroît (nous laissons de côté l'examen génital). Amélioration des douleurs névralgiques et des vomissements ; la malade se plaignait beaucoup moins ; elle avait passé plusieurs jours sans vomir et les vomissements n'avaient pas dépassé neuf par jour ; avait gardé quelques aliments. L'anémie et la faiblesse restaient pourtant extrêmes. La température restait à 37 degrés. Le pouls oscillait entre 90 et 110. Depuis le 15 mars, diarrhée légère.

18 mai. — Revient en gynécologie.

L'amélioration se maintint quelques jours et fit même des progrès. La malade put même se lever; avec l'appétit et les forces, retour d'un peu de courage et de gaîté. Deux ou trois vomissements par jour à acidité très prononcée. Douleurs intolérables.

7 juin. — Au soir, on trouve la malade assise, oppressée, les traits tirés. Vers les 2 heures, elle a senti comme un craquement dans ses reins et éprouve des douleurs fulgurantes et vives.

L'examen ne montre qu'une hyperesthésie marquée du dos. Pas de fièvre.

La malade ne quitte pas le lit. Douleurs névralgiques incessantes traitées par des piqûres de morphine, qui deviennent le point de départ d'irradiations douloureuses épouvantables. On ne peut toucher la malade. Les vomissements reparaissent, plus fréquents, constitués par des aliments et des matières muqueuses. Le ventre augmente de volume. Le 15 juin, signes d'ascite ; bruit très rude dans la région précordiale, systolique, avec maximum à la pointe ; pouls régulier, mais petit, misérable ; extrémités refroidies ; un peu d'œdème autour des malléoles.

27 juin. — L'ascite a pris des proportions considérables ; la peau du ventre est tendue, lisse, miroitante ; l'œdème inférieur remonte jusqu'aux cuisses. On ponctionne l'abdomen ; on retire 12 litres de liquide citrin, sans flocons. On sent alors une énorme masse dure et mamelonnée dans la région épigastrique. L'examen, gêné par la douleur, décèle aussi d'autres masses probables à gauche.

Mort neuf jours après la ponction. Les douleurs persistèrent ainsi que les vomissements. A partir du 1er juillet, ils ressemblent à de la suie délayée. Toux légère ; diarrhée sans mélœna ; urines de plus en plus rares, sans albumine ; apparition de lipothymies et de syncopes ; mort le 6 juillet avec teinte cyanique des téguments.

Autopsie. Résumé. — Le 7 juillet : œdème des membres inférieurs ; caillots noirs et mous dans les veines fémorales.

Abdomen : 8 à 10 litres de liquide séro-floconneux ; autour du point ponctionné, fausses membranes ; en dehors de cette zone, épaississement irrégulier avec teinte opaline ; infiltration de plaques et de nodosités confluentes, d'une dureté fibreuse ; quelques plaques ramolies à bouillie caséiforme, les autres fibro-cardacées.

Le grand cul-de-sac de l'estomac déborde dans l'hypocondre gauche ; le reste est caché par le lobe gauche du foie, le côlon transverse et une masse constituée par des noyaux néoplasiques. Adhérences marquées avec les organes voisins.

Dans l'estomac, néoplasme de la région pylorique et de la petite courbure ; pyloretrès rétréci. Après lavage, on trouve deux ulcérations profondes. Maximum d'épaisseur, 5 centimètres.

Epaississement du péritoine, des organes abdominaux, qui ne présentent rien de particulier. Deux ganglions seulement. Masse rétro-utérine, reste d'une hématocèle probable.

Tumeur dans la fosseiliaque gauche; le pédicule en est constitué par la trompe gauche. La consistance en est variable; lacoupe y montre une dizaine de petites cavités à contenu lactescent.

Adhérence du foie au diaphragme, qui présente un épaississement marqué et est transformé en un tissu blanc, dur, fibreux.

Cavité thoracique : au sommet droit, adhérences pleurales, tissu pulmonaire induré, avec îlots caséeux et petites cavités pleines de liquide pyoïde. Rien à signaler de plus.

Histologie. — Estomac : tissu alvéolaire, travées fibreuses très fines; alvéoles très étroits, fusiformes; cèllules polymorphes, granulations graisseuses.

Ovaire : même tissu, travées plus grosses, alvéoles plus larges, arrondis; éléments de la dégénérescence graisseuse plus abondants; en plusieurs points dans les travées, cellules embryonnaires.

Diaphragme : aspect d'un fibrome fasciculé; en quelques endroits, deux, trois, quatre cellules au lieu d'une dans les espaces plasmatiques; nombreuses gouttelettes graisseuses ; pas de fibres musculaires.

43. Debove. — X..., cuisinier, âgé de dix-huit ans, probablement alcoolique, avait toujours joui d'une excellente santé lorsque, il y a trois mois, il fut pris subitement d'une hématémèse extrêmement abondante, environ 1 litre de sang, pour laquellle il entra à l'Hôtel-Dieu.

On diagnostiqua un ulcère de l'estomac. La diète lactée fut ordonnée et le malade sortit guéri en apparence.

Mais deux mois après cette première hématémèse, il y en eut une seconde et ce jeune homme entra dans mon service.

Je portai le diagnostic ulcère d'estomac. On ne pouvait penser à autre chose. Les vomissements de sang se répétèrent, incessants. Une anémie rapide en fut la conséquence ; une ascite considérable se développa et le malade mourut dans une syncope.

A l'autopsie, nous avons trouvé une dizaine de litres de liquide ascitique, une certaine quantité de sang dans l'estomac et l'intestin ; enfin, et c'est le point intéressant, un cancer siégeant sur la petite courbure de l'estomac, tout près du pylore, mais n'intéressant pas cet orifice. Ce cancer étalé en nappe sur une surface à peu près large comme la main était ulcéré.

Cette observation m'a paru intéressante à un double point de vue : 1° en raison de l'âge du sujet; 2° en raison de la marche de la maladie, aiguë en apparence tout au moins, car la lésion a pu rester latente pendant un certain temps; 3° enfin en raison de l'ascite très abondante.

Relativement à la pathogénie probable de cette ascite, nous avons trouvé des ganglions cancéreux qui allaient de la tumeur jusqu'au hile du foie et qui avaient pu comprimer la veine porte; mais ce fait ne nous paraît pas expliquer suffisamment un épanchement aussi abondant et développé aussi rapidement.

Quand à la marche aiguë de l'affection, elle serait la règle dans le cancer de l'estomac des jeunes sujets (Bard).

DEUXIÈME SÉRIE D'OBSERVATIONS

Cas incomplets publiés à titre documentaire.

44. Leube. — Rapporte un cas de cancer congénital dont Gander n'a pu se procurer l'original.

45. Cullingworth. — Cette observation concerne un nouveau-né qui est pris de vomissements dix jours après sa nais-

sance ; ce symptôme persiste et s'accompagne de constipation ; la cachexie se développe rapidement et l'enfant succombe au bout de vingt-neuf jours.

A l'*autopsie* l'on trouve un estomac très dilaté remplissant presque la cavité abdominale, les parois stomacales très hypertrophiées, surtout dans le voisinage du pylore, de la surface duquel se détache une tumeur ulcérée et molle, en forme de poire et de la grandeur d'un pouce.

Ce néoplasme obstrue complètement l'orifice pylorique.

La tumeur fut examinée par Dreschfield qui y reconnut un épithéliome à cellules cylindriques. Welch, qui rapporte le cas, considère ce néoplasme comme étant probablement d'origine congénitale.

46. De la Camp. — Il cite deux observations dont l'une a trait à un jeune commissionnaire de quatorze ans, chez lequel l'autopsie révéla la présence d'un cancer ulcéré de la muqueuse de l'estomac, néoplasme à grosses alvéoles et renfermant certaines parties gélatineuses. L'autre cas est un cancer du pylore qui s'est développé sur une ancienne cicatrice d'ulcère chez un apprenti tailleur de seize ans.

47. Linder et Kuttner. — Dans leur ouvrage sur la chirurgie de l'estomac, ils citent un jeune homme de seize ans, atteint de cancer de l'estomac et où la laparotomie exploratrice révéla l'existence d'un néoplasme si étendu qu'on dut s'abstenir.

48. Koster et Boas. — Les auteurs ont observé deux squirres du pylore chez des jeunes gens de dix-sept ans. Ces observations sont rapportées par Osler et Crœ.

49. Dittrich. — Une jeune fille de dix-neuf ans, très amaigrie, présentait au pylore une tumeur squirreuse, dure, grisâtre et mamelonnée, accompagnée d'un rétrécissement considérable de l'orifice. On constata aussi la présence de tumeurs semblables à la valvule de Bauhin, dans le rectum, sur le péri-

toine, dans les trompes de Fallope, sur la plèvre, dans les ganglions bronchiques et sous les deux ovaires.

50. Tornow-Otto. — Sur deux cent cinquante-cinq cas de cancer observés du 1er janvier 1873 au 31 décembre 1899, un seul cas de néoplasme précoce chez un jeune homme de vingt ans.

Il s'agit d'un grand ulcère cancéreux intéressant le cardia avec proliférations dans l'œsophage et métastases de la capsule supra-rénale et du plexus cœliaque.

51. Dock. — L'auteur rapporte un cas de néoplasme avec métastases de la plèvre et du péritoine sur un sujet de vingt ans.

52. Brautigam. — L'auteur rapporte un cas *(autopsie)* d'un jeune homme de vingt et un ans, atteint de sténose pylorique cancéreuse. Un ulcère à bords très délimités et de forme irrégulière occupe la portion de la petite courbure voisine du pylore sur une longueur de 3 cm. 5. Les parois de l'estomac sont très épaissies en cet endroit ; l'hypertrophie porte surtout sur la musculeuse. La muqueuse fait défaut. La sous-muqueuse est d'un gris ardoise très prononcé. Les ganglions de la petite courbure de même que les rétro-péritonéaux le long de l'aorte, sont très infiltrés. Point de métastase du foie, des reins ou de la rate

53. Kaufmann. — L'auteur cite un cas de cancer de l'estomac chez une jeune femme de vingt et un ans. Le néoplasme sis à la grande courbure s'était développé sur la base d'un ancien ulcère.

54. Pollosson et Tixier. — Mad. X..., vingt et un ans, présente des signes manifestes d'évolution rapide d'un cancer du pylore.

Opération en 1900. — Gastrectomie suivant le procédé de Bileroth : 1e manière. Drainage avec une mèche ; à la suite, légère fistule gastrique, guérison.

La malade a pu ultérieurement conduire à bien une grossesse, puis récidive locale. Examen histologique, cancer.

L'observation originale recherchée n'a pu être retrouvée.

55 Von Hacker. — Femme de vingt et un ans. Opération le 31 mars 1892. La tumeur occupe environ les deux tiers de l'estomac dilaté, et surtout la face antérieure qui adhère à tel point à la paroi antérieure de l'abdomen que, pour la libérer, on doit tailler dans cette paroi. Pas d'adhérences en arrière; deux gros ganglions adhérents à la portion malade de l'estomac, quatre gros ganglions dans le ligament gastro-colique.

Manuel opératoire : on résèque deux tiers de l'estomac.

Diagnostic histologique : lymphosarcome.

Les premiers jours les matières prises par la bouche furent vomies; à deux reprises, il y eut des éructations acides et de la douleur à la déglutition. Le lait est bien supporté dès le quatrième jour.

Cinq jours, thé 240 grammes, soupe 180 grammes, vin 60 gr. lait 3 kg. 600.

Guérison opératoire.

Au départ de la malade, on sentait une tumeur oblongue, étroite, due probablement aux adhérences au niveau des sutures.

27 août 1892. — Augmentation de poids de 10 kilogrammes, digestion excellente : l'opérée a repris ses occupations.

Mort au bout de neuf mois d'une récidive inopérable.

56. Wölfler. — A propos de gastro-entérostomie, l'auteur cite le cas d'une jeune fille de vingt-deux ans atteinte de cancer du pylore où, par suite de l'étendue du néoplasme et de l'infiltration avancée des ganglions du hile du foie, l'on dut renoncer à l'extirpation totale, et où la gastro-entérostomie fut pratiquée. La patiente qui, avant l'opération, pesait 39 kilogrammes, pèse, six semaines plus tard, 41 kg. 800. L'euphorie était alors complète; des détails ultérieurs font défaut.

57. Wilde. — L'auteur cite les statistiques de Lebert où, sur

314 cas de cancer de l'estomac, il en est 3 chez des sujets au-dessous de trente ans; Hahn en compte 2 sur 106; les statistiques de Zurich et de Würtzbourg en signalent 5 sur 138 dans la première ville et 3 sur 120 dans la seconde.

58. Lang. — L'auteur rapporte 587 cas de cancer dont 3 chez des hommes de 20 à 23 ans.

59. Gussenbauer et Winiwarter. — Sur 903 cas de cancer de l'estomac, 1 cas entre 10 et 20 ans, et 41 entre 20 et 30 ans. Des données plus précises manquent.

60. Dittrich. — Une fille de vingt-quatre ans montrait dans le tiers droit de l'estomac une excavation triangulaire entourée de bords durs, calleux, profondément minés par place, dont la base complètement cicatrisée était recouverte d'un tissu gris cellulo-fibreux, lisse et ferme, qui formait avec le pancréas épaissi et avec du tissu nodulaire la paroi postérieure de l'ulcère. Cette base cicatrisée était soulevée par de petites tumeurs cancéreuses récentes, comme verruqueuses, variant entre le volume d'une lentille et celui d'un petit pois. Les bords de l'ulcère montraient, vers le pylore, une infiltration de matière cancéreuse avec un commencement de ramollissement. Tuberculose miliaire aux deux sommets des poumons et cavernes de la grosseur d'une aveline. Anémie profonde.

61. Cattrin. — A propos du cas de Mathieu (Société médicale des hôpitaux de Paris, mai 1895) dit avoir vu un cas analogue à celui publié. Nous n'avons pu nous en procurer l'observation.

62. Mickulicz. — H..., vingt-cinq ans, opéré le 30 avril 1898. Pylorectomie pour cancer cylindrique. Suites inconnues.

63. Gurlt. — Dans son travail sur la statistique des tumeurs, l'auteur nous apprend que, sur 455 cas de cancers, le plus jeune était âgé de vingt-cinq ans.

64. Haberkant. — L'auteur rapporte que Lauenstein a opéré, d'après la méthode de Wölfler, un homme de vingt-cinq ans affecté d'un cancer du pylore sténosant et adhérant au foie. Exitus quatre semaines plus tard en pleine cachexie.

ÉTUDE CLINIQUE

Début.

Dans 27 cas, parmi ceux où le début des accidents et son mode ont été notés ceux-ci ont apparu insidieusement; 6 fois, au contraire, très brusquement. Dans les premiers ce sont, en général, des troubles gastriques et généraux vagues qui ouvrent la scène ; les malades se plaignent de pesanteur à l'épigastre après le repas, de lenteur des digestions, quelquefois de perte d'appétit, enfin de douleurs plus ou moins vives siégeant à l'épigastre avec irradiations dans l'abdomen, les hypocondres, les lombes, la région rétro-sternale ; ces douleurs peuvent d'emblée être assez vives. Tantôt, au contraire, ce sont des vomissements apparaissant sans cause précise au milieu d'un état de santé en apparence excellent; le plus souvent ils sont alimentaires. A un moindre degré, on trouve quelques régurgitations de saveur aigrelette ou acide. Assez fréquement il y a coexistence des douleurs et des vomissements. Dans un cas (obs. 39), le début a été marqué par un ictère léger sans qu'aucun autre symptôme ne soit apparu auparavant. Enfin, dans un cas (obs. 23), le premier symptôme observé par le

malade fut l'existence d'une tumeur au niveau de l'épigastre; d'ailleurs, pesanteur épigastrique et vomissements apparurent presque immédiatement. En somme, d'emblée, dans ces cas, l'attention est attirée sur l'appareil digestif. Dans cinq cas, au contraire, le début fut très brusque, caractérisé par des douleurs très vives accompagnées, dans deux cas, de vomissements alimentaires et, dans un (obs. 26), de vomissements bilieux. Dans ce cas-là d'ailleurs, le malade mourut un mois après le début des accidents après pylorectomie.

Peu à peu les symptômes s'établissent progressivement, rarement, après des alternations d'amélioration et de rechute et nous retrouvons à la période d'état les symptômes habituels au cancer de l'estomac chez l'adulte.

Période d'état.

Mathieu, dans sa thèse, donne comme l'un des caractères du cancer de l'estomac chez le jeune, la conservation relative de *l'appétit* jusqu'à une période très avancée des accidents. Nous n'avons trouvé l'état de l'appétit signalé que dans 18 observations; dans 13 il fut diminué dès le début et dans 1 cas on signale l'existence du *dégoût électif* pour la viande et les aliments gras. Dans 5 cas, les auteurs insistent sur le fait que l'appétit fut conservé au début et jusqu'à une période assez avancée. Dans 2 de ces cas même, le symptôme initial de la maladie fut l'apparition de véritables fringales, ainsi que dans la forme boulimique du cancer chez l'adulte décrite par Hanot. La règle

de la conservation relative de l'appétit est donc très loin d'être constante.

La douleur figure parmi les symptômes habituels de l'affection et nous la trouvons citée dans 24 observations. Les caractères en sont assez variables ; son époque d'apparition n'est pas toujours la même et quelquefois elle ne survient que plusieurs semaines ou plusieurs mois après le début ; constante dans certains cas avec des exacerbations et des paroxysmes, elle est intermittente dans d'autres cas et ne survient qu'a de longs intervalles, mais ceci exceptionnellement. Variable dans son intensité, elle est tantôt légère et consiste en une simple sensation de pesanteur et de constriction au creux épigastrique ; tantôt au contraire elle est très violente et constitue le symptôme prédominant et dont se plaignent le plus les malades. Néanmoins Andral exagérait en faisant de cette intensité un signe habituel et caractéristique du cancer d'estomac chez le jeune.

Le moment de son apparition dans le cycle journalier est loin d'être toujours le même ; quelquefois constante et continue, le plus souvent elle semble être sous la dépendance du travail digestif ; dans quelques cas elle suit l'ingestion immédiate des aliments, ainsi que dans l'ulcère, jusqu'à ce qu'un vomissement vienne faire disparaître la cause d'irritation de l'estomac et soulage le malade ; dans 2 cas, l'ingestion des aliments amenait un soulagement marqué, ainsi que dans les affections gastriques avec hyperchlorhydrie; l'état du chimisme n'a malheureusement pas été recherché. Assez fréquemment elles surviennent 2 à

3 heures après le repas et s'accompagnent quelquefois de vomissements. Le caractère en est assez variable et les malades la comparent parfois à une sensation de crampe. Le siège n'est pas toujours exactement le même, et dans quelques cas elle paraît en rapport avec le siège même de la tumeur ; tantôt localisée exactement à la région épigastrique, elle peut siéger à droite (c'est le cas le plus fréquent), ou à gauche. Il existe souvent des irradiations dans l'hypocondre, l'abdomen, le thorax, particulièrement au niveau de la région mammaire ; enfin, parfois, dans le dos et la légion lombaire. Mais il n'y a pas de caractéristique absolue à cette douleur du cancer et elle peut simuler celle des autres affections gastriques. Elle peut d'ailleurs changer de caractère pendant l'évolution de la maladie, augmenter ou diminuer ; on note même des périodes de sédation absolue. La palpation de l'abdomen est fréquement douloureuse, le plus habituellement au niveau de la masse néoplasique que l'on sent plus ou moins nettement. Ces phénomènes douloureux sont également, dans quelques cas, influencés par la position du malade ; tantôt celui-ci n'éprouve du soulagement que dans la position assise, tantôt dans la position couchée.

Dans un certain nombre de faits, les malades se plaignent d'*éructations* fréquentes, souvent plus gênantes, quatre à cinq heures après le repas : il s'agit de renvois gazeux, nidoreux, à odeur sulfhydrique dans certains cas et de saveur nauséabonde.

Nous trouvons les *vomissements* signalés dans 34 cas sur 43. C'est donc un des symptômes les plus fré-

quents ; il est d'ailleurs souvent associé à une tumeur du pylore, qui est, ainsi que nous le verrons, l'une des formes les plus fréquentes du cancer de l'estomac chez le jeune. Il s'agit au début et dans tous les cas de vomissements alimentaires ; ils constituent même fréquemment le premier symptôme signalé par les malades. Le plus ordinairement, ils apparaissent tout à fait au début, quelquefois au cours de l'évolution, rarement à la période terminale. Tantôt ils suivent l'ingestion immédiate des aliments, tantôt ils se produisent trois à quatre heures après le repas. Alimentaires et en général abondants, leur nombre, leur époque d'apparition est très variable. Tantôt il s'agit de vomissements isolés, survenant tous les jours, tous les deux jours ; tantôt ils sont très fréquents, survenant jusqu'à 10 et 15 fois dans la même journée, et cela plusieurs jours de suite. Le malade peut vomir pendant toute la durée de l'affection jusqu'à la cachexie terminale et la mort ; dans quelques cas exceptionnels, après des périodes de vomissements fréquents et abondants, il survient une amélioration, une diminution, ou même une disparition de ceux-ci, et cela pour une assez longue période. D'une façon générale, ils suivent la règle des vomissements dans le cancer de l'estomac chez l'adulte ; c'est-à-dire que réguliers, quotidiens ou fréquents au début, ils diminuent de nombre à la période ultime de la maladie en augmentant de volume. Presque toujours alimentaires, ils peuvent cependant contenir des glaires (obs. 20) ou de la bile (obs. 8, 17, 26) ; les aliments suivant le moment d'apparition des vomissements, ont des caractères variables : tantôt à peine di-

gérés, tantôt complètement ; quelquefois même le contenu stomacal est en pleine putréfaction. Le malade se plaint de leur saveur fade ou nauséabonde, parfois de leur acidité. A un moindre degré d'ailleurs, ils peuvent être représentés par des *régurgitations* acides ou fades. Leur fréquence influe bien entendu sur la nutrition générale qui est d'autant plus altérée qu'ils sont plus nombreux. Ils sont le plus souvent suivis d'une sensation de soulagement, ou de la disparition de quelques malaises généraux entretenus par la réplétion gastrique.

Dans ces vomissements, on peut trouver des matériaux absorbés depuis déjà très longtemps ; c'est ainsi que dans un cas le malade rejeta deux noyaux de prunes ingérés deux mois auparavant. Comme fait particulier, il y eut dans un cas le rejet d'un ascaris. Enfin, le mouvement paraît les influencer et, dans un cas, le malade vomissait aussitôt qu'il changeait de position.

A côté des vomissements alimentaires, nous trouvons dans 13 cas des *vomissements sanglants* ; mais dans tous les cas où ils sont signalés, ils furent tardifs et n'apparurent que dans les derniers jours de la vie ; dans tous ces cas, il s'est agi de vomissements noirs, analogues à de la suie délayée, accompagnés ou non de mélœna. Très rarement il y eut des vomissements rouges. Leur apparition indique une terminaison à brève échéance. Dans un seul cas (obs. de Debove, 43) que nous avons placé à la fin de la série à cause de sa physionomie, l'hématémèse à sang rouge fut le symptôme initial et, là, l'aspect général de la maladie

fut absolument celui de l'ulcère, sauf à la période terminale.

En plus de ces phénomènes purement gastriques, le malade accuse quelquefois des *symptômes intestinaux*; le plus fréquemment il s'agit de *constipation* opiniâtre, marchant d'ailleurs parallèlement avec les vomissements; on note également du méloena, et enfin, dans 2 cas (obs. 39 et 41) de la *diarrhée* qui, une fois (41), entraîne la mort rapide du malade. L'état de l'intestin n'est au juste signalé que dans 13 observations.

Si nous passons maintenant à l'examen du malade, en observant d'abord son appareil digestif, il est frappant de voir la fréquence de la *tumeur* qui est signalée dans 26 observations sur 43 et est apparue à un moment donné de l'évolution des accidents. Elle a d'ailleurs été d'un grand secours pour le diagnostic dans tous les cas, sauf dans 2 où, par ses caractères un peu spéciaux, elle prêta à une erreur de diagnostic. Nous n'avons pas fait rentrer dans le compte 4 observations où l'on observe de la « rénittence », ou de la « résistance », ou de l' « induration » (suivant l'expression des auteurs) soit au niveau de la région épigastrique, soit au niveau de la région pylorique.

La constatation de la tumeur se fait à des moments variables ; tantôt le malade l'a découverte lui-même à l'occasion d'autres symptômes et vous en fait part lorsqu'il vient vous consulter ; dans un cas même (obs. 30), le malade s'en était aperçu depuis six mois ; tantôt c'est pour ses phénomènes douloureux et ses vomissements que le patient vient demander conseil, et l'on constate alors l'existence de la tumeur, l'état général

étant encore bon. Dans quelques cas, ce n'est que tardivement qu'on la trouve, quelquefois seulement dans les derniers jours qui précèdent la mort ; dans un cas, elle fut constatée brusquement après une période de vomissements très abondants; dans un autre, après la ponction d'une ascite volumineuse.

Elle est en général peu volumineuse, de la grosseur d'une mandarine, quelquefois cependant très grosse ; tantôt régulière et lisse comme contours, tantôt, mais plus rarement, mamelonnée, douloureuse à la pression, plus ou moins mobile avec les mouvements respiratoires ou sous l'influence des déplacements recherchés par la main suivant son siège et surtout l'état des organes voisins et l'existence d'adhérences. C'est là d'ailleurs, au point de vue chirurgical, l'un des symptômes importants à rechercher. La consistance en est en général assez ferme ; un autre élément dont il faut tenir compte, c'est sa superficialité : dans quelques cas, elle semble par la palpation immédiatement sous-jacente à la paroi, donnant une petite zone de matité lorsqu'elle est suffisamment étendue. Dans un cas (obs. 27), elle était pulsatile ; dans un autre (obs. 40), elle transmettait les battements de l'aorte ; enfin dans un troisième (obs. 36), l'auteur décrit au niveau de la région épigastrique une « résistance » transmettant les battements de l'aorte. Dans l'observation 34, il fut perçu au niveau de la tumeur un souffle systolique assez doux ; la mobilité de la tumeur ou son existence, peuvent d'ailleurs être mises en évidence par l'insufflation qui, dans de certaines conditions, rend de grands services. A côté de la tumeur même, on trouve no-

tées dans quelques observations allemandes des chaînes ganglionaires le long de la petite courbure, senties par la palpation.

Le siège de la tumeur à la palpation est variable suivant le siège qu'elle occupe sur l'estomac, et également suivant l'existence ou non d'une dilatation marquée de cet organe ; dans 13 cas nous la trouvons localisée au niveau du pylore, ou dans la portion droite de l'abdomen, tantôt au-dessus, tantôt sur la même ligne que l'ombilic ; dans 1 cas, au niveau de la rate ; dans 1 cas, au niveau de l'ombilic ; enfin, dans 5 cas, au niveau de l'épigastre. Dans le reste des observations, on se borne à signaler l'existence d'une tumeur sans plus de renseignements. Suivie pendant un certain temps, on la voit quelquefois augmenter de volume, ou se fixer après avoir été mobile. Son siège influe sur l'état et les phénomènes moteurs de l'estomac, ceux-ci étant portés au maximum lorsqu'elle siège dans la région pylorique.

L'*aspect* de l'abdomen et de la région épigastrique est rarement noté, en dehors des cas où une ascite a été constatée. Il s'agit, le plus souvent, d'une saillie au niveau du creux épigastrique et de la région ombilicale, proportionnelle au degré de la dilatation stomacale.

Dans un cas (obs. 7), l'exploration à la *sonde œsophagienne* révéla un rétrécissement du cardia qui, à l'autopsie, fut jugé néoplasique.

Le *péristaltisme*, visible à la paroi et partant de a région pylorique, n'est noté que dans 4 observations ; la

tension intermittente de l'épigastre décrite par Bouveret, dans une seule observation.

Dans 16 observations on signale l'existence d'une *dilatation* stomacale plus ou moins marquée ; recherchée par la palpation, la percussion, le clapotage, l'insufflation, la limite inférieure tantôt atteint l'ombilic, tantôt passe au-dessous et peut aller jusqu'à 3 ou 4 travers de doigt du pubis. Dans quelques cas, il présente des dimensions énormes et constitue ainsi, en dehors des phénomènes douloureux, une gêne considérable pour le malade.

Dans 1 cas (obs. 22) l'estomac n'était pas dilaté (pas d'autopsie) ; dans un autre (obs. 34) on note qu'il n'y avait pas d'insuffisance motrice ; le néoplasme, constaté à l'opération, siégeait sur la face antérieure de l'estomac. Dans les 16 cas où la dilatation est signalée, le néoplasme siégeait au niveau du pylore ou de la région juxta-pylorique, sauf un où il siégeait sur la petite courbure. Ceci est d'ailleurs conforme à la règle.

La *rétention gastrique* est signalée dans 5 observations, ce qui, comme pour un certain nombre d'autres symptômes, ne veut pas dire qu'elle n'existait pas, ni qu'elle n'avait pas été constatée. Cliniquement, elle se traduit par les symptômes habituels en même temps que la dilatation et le clapotage, l'exploration à la sonde permet d'en reconnaître l'existence ; à jeun, et quelquefois même 24 heures et plus après l'ingestion des aliments, on retire de l'estomac un liquide résiduel, de couleur, d'odeur, de réactions variables ; assez fréquemment il est d'odeur butyreuse, de réaction

acide. L'examen permet d'y reconnaître la trace d'aliments mal digérés, en pleine putréfaction parfois, ingérés depuis longtemps. La caractéristique dans ces cas est également marquée par la difficulté que l'on éprouve à nettoyer cette cavité stomacale, et par la quantité d'eau que l'on est obligé d'y faire passer avant qu'il ressorte du liquide clair.

Le *chimisme* est noté dans 17 observations. Dans 9 cas il y a disparition de l'acide chlorhydrique libre, présence d'acide lactique, recherchés l'un et l'autre après lavage de l'estomac (dans la plupart des observations), puis repas d'épreuve et extraction à la sonde, la recherche étant faite à l'aide des réactifs ordinaires; dans un cas il y a présence d'acide chlorhydrique libre et en même temps d'acide lactique; dans 3 cas présence d'acide chlorhydrique libre sans que l'on signale ou non la présence de l'acide lactique; enfin, dans 3, il y avait présence d'acide chlorhydrique libre, sans acide lactique. Encore, dans l'un de ceux-ci. n'y avait-il que de faibles doses d'acide chlorhydrique. Il ne semble d'ailleurs pas, dans ces cas de conservation de l'acide chlorhydrique, s'être agi d'une forme spéciale de cancer de l'estomac. Dans 2 cas cependant l'évolution fut longue et dépassa 20 mois. L'acidité totale notée 4 fois fut de 25, 14, 38 et 60. On note également la présence de peptones (obs. 17), de ferments et de sarcines (obs. 18), de corpuscules lymphoïdes (?) (obs. 40). Dans l'observation 6; on trouva de nombreuses bactéries dans le contenu de l'estomac.

En somme, dans la grande majorité des cas, le chimisme gastrique est celui que l'on rencontre habi-

tuellement dans le cancer de l'estomac chez l'adulte ; comme chez celui-ci également il y a des cas, mais exceptionnels, où il y a persistance de l'acide chlorhydrique. L'examen chimique du contenu stomacal constitue donc un moyen de diagnostic que l'on ne doit pas négliger dans les cas douteux, en n'oubliant pas, bien entendu, que la même formule (disparition d'acide chlorhydrique, présence d'acide lactique) peut se montrer dans d'autres maladies.

L'état de la *langue* n'est que rarement signalé : elle est presque toujours sale, saburrale, avec enduit un peu jaunâtre qui peut se trouver également sur les gencives ; l'haleine est mauvaise.

Si nous étudions maintenant les symptômes portant sur les divers autres appareils et l'état général, nous ne trouvons que peu de renseignements. Dans 16 cas l'*anémie* est signalée ; il s'agit le plus souvent d'une décoloration, d'une pâleur marquée des téguments apparaissant assez précocement, et aussitôt que l'état général commence à faiblir. Dans 3 observations on insiste sur la teinte *jaune paille ;* les autres sont muettes à ce sujet. Cette décoloration porte à la fois sur les téguments et les muqueuses. Aucune observation de cette série ne parle de l'état du cœur ou des vaisseaux, en sorte que l'on ne peut savoir si le cancer de l'estomac chez le jeune s'accompagne, ce qui est probable, des symptômes cardio-vasculaires habituels des anémies symptomatiques.

L'examen du sang n'a été pratiqué que dans 2 cas et, comme on peut s'y attendre, on trouve une diminution considérable des globules rouges : 2 millions dans un cas,

4 dans l'autre (obs. 4 et 39). On ne parle pas de déformations globulaires ou d'éléments spéciaux anormaux ; parallèlement, on y signale le chiffre des globules blancs : 160.000 dans un cas, constituant une leucocytose assez marquée sans autre renseignement sur la morphologie de ces globules blancs ; 8.500 dans un autre, chiffre normal. Dans 4 observations (4, 6, 22, 39) la valeur globulaire est signalée et nous trouvons en hémoglobine 45, 85, 60, 75 pour 100. C'est dire que la *diminution de la valeur globulaire* peut être marquée dans certains cas; au fur et à mesure que les symptômes généraux s'aggravent et que l'anémie augmente, la valeur globulaire diminue rapidement. Comme symptôme cardio-vasculaire, nous ne trouvons qu'une fois (obs. 42) signalé un pouls un peu petit, sans plus de détails. Parallèlement se trouve signalée la *syncope* dans quelques observations, survenant à la période terminale, fait banal sur lequel nous n'insisterons pas.

Par contre, dans presque toutes les observations (32), *l'amaigrissement* est signalé et il acquiert en général des proportions considérables, jusqu'à 45 livres dans 1 cas; cet amaigrissement prédomine d'ailleurs et survient rapidement dans les formes s'accompagnant de vomissements abondants et répétés. La *perte des forces* évolue en même temps, de même que la *cachexie* avec ses symptômes habituels : déchéance générale, sécheresse de la peau, troubles trophiques légers, plis cachectiques, desquamation épidermique en lamelles, etc... Cependant, dans un cas (obs. 27), on insiste sur l'absence de cachexie. Les autres observations la signalent ou n'en parlent pas.

Il y a tout aussi peu de renseignements sur *l'appareil urinaire ;* dans 6 observations seulement on en parle incidemment. Dans 1 cas il n'y avait rien, du moins au moment du seul examen relaté ; dans un autre il existait de *l'albumine* sans que l'on fixe sa formule chimique. La quantité est signalée 2 fois ; dans 1 cas il n'y avait que 6 à 800 grammes, ce qui n'est pas étonnant car il s'agissait d'une forme avec vomissements (obs. 12) ; dans 1 cas il y eut anurie complète pendant trente-six heures à la suite de vomissements incessants ; dans un autre la quantité était normale, 1.800 à 2.500 grammes par jour ; enfin dans 2 cas (17 et 41) la quantité de l'urée éliminée a été notée : 28 grammes dans le premier ; 27 gr. 75 dans le second. Il n'y a donc pas eu dans ces cas, du moins au moment où l'examen a été fait, la diminution sensible et fréquente de l'urée au-dessous de 12 grammes, sur laquelle insiste Rommelaere dans le cancer de l'estomac chez l'adulte. Nulle part on ne parle des chlorures et des phosphates de même que des autres sels ou principes contenus dans l'urine normale.

Tels sont en général les différents symptômes propres au cancer de l'estomac chez le jeune ; nous n'avons reproduit strictement que ceux signalés dans les diverses observations recueillies malheureusement presque toutes assez incomplète.

Il est un certain nombre de points particuliers, accessoires il est vrai, mais intéressants que nous avons volontairement laissés de côté, car nous n'avons trouvé aucun renseignement à leur sujet. Si tous les symptômes accessoires cliniques ou de laboratoire

(pour ainsi dire) que l'on a l'habitude de rencontrer chez l'adulte sont absents de notre énumération, nous n'en pouvons nullement conclure qu'ils sont habituellement absents chez le jeune.

A côté de cette symptomatologie propre aux lésions stomacales et aux troubles apportés à la nutrition générale, s'en place une autre tout entière liée à des complications. Les unes sont liées à l'extension et à la progression de la tumeur, les autres à la généralisation quelques-unes enfin sont d'ordre général.

Parmi les premières, nous noterons : du côté de l'abdomen, la *perforation de l'estomac* signalée dans 2 observations (24 et 36). Toutes deux survinrent d'ailleurs dans des conditions assez semblables, après une période de troubles digestifs assez longue, surtout dans un cas (obs. 36); caractérisée par des douleurs, des vomissements, de la difficulté des digestions, la scène clinique n'est décrite complètement que dans l'observation 36, et est absolument celle de la péritonite par perforation de l'estomac : douleur violente, angoissante, survenue brusquement, extrêmement vive comme intensité, irradiée à l'abdomen ; nausées fréquentes, sans vomissement, le malade vomissant dans son péritoine, matité dans les flancs ; altération foudroyante de l'état général avec pâleur de la face, refroidissement des extrémités, sueur visqueuse ; pouls filiforme à 140, dyspnée à 40, mort rapide douze heures après le début des accidents. Dans l'autre cas, on ne signale que la perforation sans donner de renseignements, mais le fait est intéressant, en ce sens que l'on intervint immédiatement et qu'il y eut guérison après suture ; le malade

mourut huit semaines après cependant, avec un envahissement de la paroi.

Dans l'observation 5, chez une malade opérée, il se forme consécutivement une fistule stercorale qui entraîna la mort après de vives souffrances. C'est le seul fait de même ordre que nous ayons trouvé signalé.

Nous n'avons trouvé l'ascite signalée que dans 4 observations (3, 4, 18, 42). Il s'est agi dans ces cas d'ascite assez volumineuse, ayant apparu rapidement, et cela à la période ultime. La ponction faite dans un cas permit de constater l'existence d'une tumeur de l'estomac, puis l'ascite se reproduisit rapidement. Dans l'observation 4, il s'agit d'une ascite accompagnée de généralisation péritonéale (comme dans les cas précédents), mais constatée au cours de l'intervention ; le liquide qui s'écoula fut d'abord clair, puis hématique. Pas d'examen cytologique. Dans les observations 5 et 41, il fut constaté de la généralisation péritonéale au moment de l'intervention.

L'état des *ganglions* (en dehors de ceux de la cavité abdominale) est relaté dans 2 cas (27 et 36). Il s'agit dans l'un des ganglions de la région inguinale, assez volumineux et durs. L'examen histologique n'en fut pas pratiqué, mais tout porte à croire qu'ils étaient de nature néoplasique; l'existence d'adénopathies inguinales étant aujourd'hui bien connue au cours de néoplasmes viscéraux de la cavité abdominale (voir travail à Viannay). Dans d'autres cas, assez nombreux, où l'intervention fut pratiquée, on note l'envahissement, fort banal, mais important au point de vue du pronostic, des ganglions

péristomacaux, dans les groupes signalés par Cunéo. Les plus fréquemment infiltrés sont ceux de la petite courbure, de l'épiploon gastro-hépatique et de l'omentum. Dans l'observation 30, il apparut de *l'ictère* terminal avec distension de la vésicule biliaire, liés probablement à des généralisations ganglionnaires au niveau du hile du foie.

Nous ne trouvons pas signalés d'autres signes de généralisations aux viscères, du moins dans la symptomatologie. Les signes de ces généralisations viscérales restèrent latents, quoique s'accompagnant probablement d'une aggravation de l'état général, et constituèrent une trouvaille d'autopsie. Par contre dans deux cas (obs. 16 et 37) apparurent des *nodules cutanés* au niveau de l'ombilic et de la peau de l'abdomen et de la poitrine, sous forme de petites nodosités saillantes, dures au toucher, pigmentées dans un cas, non douloureuses.

Les cas où la *dyspnée* assez vive est signalée, et toujours à la phase terminale, sont muets sur l'état des poumons à l'autopsie ; ou bien il n'y avait pas de lésion macroscopique.

Du côté de l'état général nous trouvons cités de la *fièvre* (obs. 2, 27 et 39) et des phénomènes *d'infection* (obs. 39). Dans le cas 2, il s'est agi d'une température à petites oscillations, 38°2 à 38°5, à maximum vespéral, ayant existé pendant toute la durée de la maladie. Dans l'observation 39, l'interprétation en est assez difficile, car la température qui apparut au début de la maladie fut accompagnée d'un ictère assez prononcé et de ganglions, l'évolution fut rapide.

Dans l'observation 40, comme phénomènes infectieux, il y eut une *parotidite suppurée*. Dans un cas (obs. 11) il y eut à la période terminale de l'hypothermie accompagnée de syncopes.

Dans les observations 4 et 11 on note l'existence de *foyers hémorragiques sous-cutanés* probablement en rapport avec les phénomènes d'anémie et d'intoxication générale. La température des malades dans ces deux cas n'a pas été relevée.

Dans un seul cas (2) on signale *l'examen du fond d'œil* qui fut négatif.

Les *œdèmes* enfin sont signalés dans cinq cas (14-18-23-40-42). Dans deux de ces cas il y eut également de l'ascite, déjà dans un (14) de *l'anasarque*. L'époque d'apparition en fut d'ailleurs assez variable ; assez précoces dans un cas, ils sont en général tardifs et n'apparaissent qu'au moment ou l'état général est très touché et le malade en pleine cachexie. Dans aucun de ces cas ils n'ont revêtu l'aspect de la *phlegmatia alba dolens* et il semble bien s'être agi uniquement d'œdèmes cachectiques avec tous leurs caractères. Dans un cas (18) il y eut en même temps que des œdèmes et de l'ascite un *hydrothorax* net.

Nous trouvons également signalées (obs. 42) des *douleurs névralgiques* généralisées très vives, occupant non seulement l'abdomen et le thorax mais également les membres. Il est assez difficile de savoir s'il faut les placer sur le compte du cancer, ou sur celui d'une hyperesthésie plus marquée du système nerveux; dans le protocole d'autopsie on ne parle pas de généralisation vertébrale. Celle-ci est signalée dans l'obser-

vation de Pierre, mais ne donna que quelques douleurs en ceinture.

Commme complications accessoires et banales nous citerons la *broncho-pneumonie* (obs. 38) mais consécutive à une intervention (l'affection évoluait depuis 4 ans ; la survie fut de 4 jours). Une fois également on signale du *muguet*.

Dans aucun cas enfin nous n'avons trouvé de complications nerveuses, même dans ceux qui se sont accompagnés de grosse rétention gastrique. Nulle part nous n'avons trouvé signalés la tétanie ou le coma, la première pourtant assez fréquente dans cette affection chez l'adulte.

Comme affections concomitantes nous avons trouvé la syphilis (obs. 7) et la tuberculose pulmonaire (obs. 7 et 26). La coexistence de la tuberculose et du cancer se trouve, on le sait, assez fréquemment citée chez l'adulte. L'observation 7 est assez curieuse car il y eut à la fois coexistence de syphilis remontant à six ans, mais encore en activité puisqu'il existait des syphilides pigmentaires, de tuberculose et de cancer.

Evolution. — Terminaison.

Nous ne reviendrons pas ici sur la durée de l'affection, puisque nous nous en sommes déjà occupé en faisant remarquer qu'elle était un peu plus courte que chez l'adulte. La marche des accidents sera plus ou moins rapide et à côté de cas à évolution hâtive, que l'on peut retrouver également chez l'adulte nous en avons également d'autres à marche très lente.

Comment se fait la progression des accidents ? elle est un peu différente suivant la rapidité de l'évolution; dans les cas à marche rapide, en même temps qu'apparaissent les symptômes cardinaux de l'affection gastrique, c'est-à-dire les douleurs, les vomissements et la tumeur, ou l'un quelconque de ces symptômes, nous voyons rapidement apparaître les troubles de l'état général, la cachexie faire des progrès et le malade succomber ; tantôt ce sont les seuls progrès de la cachexie et de l'inanition qui l'emportent au milieu de syncopes répétées ; tantôt c'est une crise de diarrhée terminale, ainsi que M. Tripier en a montré l'existence chez l'adulte ; tantôt enfin des hémorragies tardives et répétées sous forme d'hematémèse et de melœna affaiblissent le malade jusqu'à l'exitus. La caractéristique de ces cas est la progression continue et rapide, sans rémission, des symptômes observés ; nulle sédation à aucun moment ; l'état général baisse à vue d'œil.

Dans les formes à évolution plus lente on voit au contraire des à-coup se produire. Le début tantôt insidieux, tantôt brusque, amène, en plus ou moins de temps, même symptomatologie gastrique et générale permettant de penser au cancer de l'estomac ; les symptômes s'accusent plus nettement, puis à un moment donné vomissements et douleurs semblent céder, quelquefois semble-t-il, sous l'influence d'une médication symptomatique ; l'état général se relève un peu. Mais en aucun cas le malade ne revient à son état de santé antérieur, et assez rapidement, après cette fallacieuse amélioration de quelques jours de durée, on voit les

accidents reprendre leur marche progressive et l'état général s'aggraver encore.

Dans les formes à évolution lente on voit au contraire des paroxysmes séparés par des intervalles, pendant lesquels les symptômes cèdent et l'état général semble meilleur. Mais arrive un moment où tout reprend ; ou bien c'est une généralisation survenant qui entraîne brusquement le malade. Dans tous les cas, en effet, la généralisation est l'un des facteurs qui influent le plus sur la durée et l'évolution des accidents; dès qu'elle s'établit, l'affection prend une marche rapide.

Mais cette terminaison précipitée de l'affection par des phénomènes en quelque sorte aigus, ne nous semble pas particulière aux jeunes, ni même fréquente ainsi que Mathieu le prétendait. On voit aussi l'adulte emporté par des accidents survenus assez brusquement alors qu'on espérait le voir durer encore quelque temps.

Formes cliniques

Lorsque l'on veut établir les formes cliniques du cancer de l'estomac chez l'adulte, on se heurte à des difficultés considérables, que l'on trouve également chez le jeune, même en ne prenant, comme nous l'avons fait, que les cas assez typiques où l'appareil gastrique paraît nettement en jeu. Il est peu d'observations de cancer de l'estomac qui se ressemblent absolument et soient superposables, tout en ayant un fond commun. La fréquence, la variabilité et l'intensité des symptômes,

les modifications des phénomènes généraux, les accidents dus à des complications ou des généralisations, les nuances dans l'évolution, viennent augmenter la difficulté de la classification ; il est, en général, difficile également de superposer les symptômes à l'anatomie pathologique, surtout avec des protocoles incomplets, et d'arriver à une conclusion ferme dans tous les cas, sur la superposition de certains symptômes à certaines formes anatomo-pathologiques (microscopiques ou macroscopiques) du cancer de l'estomac. Il est évident que, d'après la durée, nous pouvons faire des formes rapides, moyennes, lentes, d'après la prédominance de certains symptômes locaux ou généraux, nous pourrions créer des formes un peu artificielles, il est vrai, et parler comme certains, de formes vomitive, douloureuse, hémorragique, anémique, etc..., d'après le caractère des troubles dyspeptiques de forme hyperchlorhydrique, anachlorhydrique, ulcéreuse, etc.... Tous ces cas peuvent se présenter, mais à notre sens, loin de constituer des formes cliniques, ils ne sont que des variétés accessoires.

Nous croyons, au contraire, que l'affection prend, tout au moins pour les symptômes gastriques, une allure spéciale suivant le siège et le caractère de la tumeur. La présence de celle-ci au cardia, à la partie moyenne ou au niveau du pylore et de la région prépylorique, influe beaucoup sur la nature des symptômes observés.

A ce sujet, nous avons tendance à adopter pour le jeune, une partie de la classification proposée par

Bard *(Semaine médicale, août 1904)*, tout en étant loin d'avoir retrouvé chez le jeune toutes les formes signalées. Aussi, nous n'en retiendrons, pour nos cas typiques, que les termes de formes pyloriques et formes extra-pyloriques.

Dans la première série, sont comprises les formes pyloriques subdivisées en trois groupes : cancer annulaire sténosant du pylore, cancer juxta-pylorique avec sténose secondaire, enfin l'ulcéro-cancer prépylorique, dont nous n'avons pas d'observation sûre. Quant à la forme fruste, cancer annulaire colloïde créant, au lieu de sténose, une insuffisance pylorique, et à la forme larvée ou linite plastique, nous n'en avons aucun cas net dans nos observations.

Dans la deuxième série ou forme extra-pylorique, nous ne signalerons que la forme typique. Nous laissons de côté les autres formes dont nous n'avons aucun exemple, de même que les formes sous-péritonéales. Nous décrirons donc très rapidement, pour ne pas nous répéter, mais simplement pour fixer le cadre symptomatique, les formes suivantes, parmi lesquelles peuvent se ranger à peu près toutes nos observations :

I. Formes pyloriques,
 A. Cancer sténosant du pylore ;
 B. Cancer justa-pylorique avec sténose secondaire.

II. Forme extra-pylorique,
 Forme typique.

III. Cancer du cardia.

Nous estimons qu'il est inutile de multiplier davantage les formes cliniques du cancer chez le jeune, du

moins lorsque les symptômes gastriques sont nets. Quant aux formes anormales, il est inutile d'en faire des formes cliniques spéciales, puisqu'elles sont, en général, exceptionnelles ; et c'est pour cela que nous les avons réservées pour la deuxième partie de notre travail.

Un certain nombre d'observations pourraient, à la rigueur, être rangées, par leurs caractères cliniques, dans les formes signalées par Bard sous le nom d'ulcéro-cancer soit pylorique, soit extra-pylorique, forme qui a donné lieu à de nombreuses discussions sur sa nature exacte, et qui est décrite dans la thèse de Duplant, puis reprise dans la thèse de Sanerot, sous le nom de cancer de l'estomac à évolution lente, ou d'ulcus gastrique rodens, suivant l'expression de M. Tripier. Malheureusement, ou bien il n'y a pas de renseignements sur l'autopsie dans les cas qui y correspondaient assez cliniquement et on ne peut en tenir compte, ou bien celle-ci a révélé des caractères anatomiques qui ne sont pas ceux de l'ulcéro-cancer.

En examinant les quarante-trois observations qui nous ont servi à fixer le tableau clinique, nous sommes frappé de la fréquence du cancer pylorique ou juxta-pylorique chez le jeune. Nous trouvons, en effet, cette localisation dans vingt-huit cas qui peuvent se subdiviser en nos deux groupes : les formes franchement pyloriques d'emblée, les formes juxta-pyloriques avec envahissement secondaire du pylore (tout au moins par la symptomatologie). Quant aux formes extra pyloriques, nous trouvons la grande courbure signalée deux fois, la partie moyenne et les faces,

quatre fois, la petite courbure, trois fois, enfin le cardia, trois fois.

A. — Forme pylorique.

1° *Cancer sténosant du pylore.* Dans ce cas, c'est le syndrome des retrécissements du pylore que l'on trouve. Douleurs assez vives, vomissements survenant de bonne heure, abondants, d'abord espacés, puis rapidement quotidiens, péristaltisme, tous ces symptômes augmentant d'intensité jusqu'au moment où la musculature stomacale se laisse forcer et où la stase gastrique devient considérable, l'estomac ne se contractant plus que mal sur son contenu, et les vomissements, de quantité alors considérable, ne se produisant plus que tous les deux ou trois jours, quelquefois à de plus longs intervalles. C'est dans ces formes que l'on trouve les plus grosses dilatations gastriques, accompagnées de péristaltisme visible à la paroi. L'exploration à la sonde confirme la stase, permet, à la suite du repas d'épreuve, de recueillir et d'analyser le contenu stomacal, dont la formule est celle que nous avons signalée plus haut ; en général, acide lactique, disparition de l'acide chlorhydrique libre. Ce sont cependant dans ces formes que nous avons trouvé le plus grand nombre de cas de persistance de l'acide chlorhydrique libre. A la phase terminale, il peut y avoir disparition des vomissements après ulcération de la tumeur libérant le pylore, mais en même temps, apparaissent les hémorragies. Le

siège de la tumeur constatée à la palpation, occupe alors la partie moyenne de l'espace compris entre l'ombilic et la vésicule biliaire.

L'évolution de cette forme est rarement très lente, surtout dans les cas où la sténose est très accentuée ; l'état général se ressent en effet très rapidement des vomissements incessants, l'amaigrissement progresse et la mort survient, à moins qu'une intervention ne vienne pour un moment ralentir l'évolution des symptômes.

2° *Forme juxta-pylorique avec sténose secondaire.* L'évolution semble se faire en deux temps, tout en ayant assez l'aspect de la forme précédente. Dans une première période, il s'agit surtout de troubles digestifs : pesanteur après le repas, sensation de gêne, souvent douleurs très vives ; quelques vomissements à de longs intervalles. Puis, dans une seconde phase, ceux-ci deviennent plus fréquents et l'affection prend alors le même aspect que dans la forme précédente.

B. — Forme extra-pylorique

Dans cette forme, nous faisons rentrer tous les cas où le néoplasme ne siège pas à l'orifice de sortie de l'estomac. C'est dans ce groupe que se trouvent le plus fréquemment les cas ayant une période de latence plus ou moins prolongée, et où quelquefois prédominent les phénomènes généraux. Lorsque ces symptômes portent sur l'appareil digestif, il s'agit de dyspepsie, avec douleurs quelquefois très vives, tout

au moins à la période de début. Les vomissements sont plus rares, moins abondants, moins réguliers, plus capricieux que dans les formes pyloriques ; quelquefois ils semblent liés à la douleur que l'on voit se produire dans certains cas sous l'influence de l'ingestion des aliments, analogues ainsi aux vomissements de l'ulcère. Les symptômes de dilatation stomacale sont moins accusés ; on n'y voit que rarement ces grosses dilatations descendant jusqu'aux pubis. La tumeur est souvent plus accessible, et lorsqu'elle siège sur la face antérieure de l'estomac, on la voit quelquefois se dessiner sous la paroi épigastrique. Elle est en général plus volumineuse que dans les formes précédentes et peut acquérir des dimensions parfois considérables. Le siège à la paroi est évidemment variable suivant le point occupé sur l'estomac. Elle est souvent très difficile à percevoir lorsqu'elle siège sur la paroi postérieure, et ce n'est quelquefois qu'après des vomissements abondants ou le lavage de l'estomac qu'on peut arriver à la percevoir. C'est dans ces formes que prédominent ordinairement les symptômes d'anémie. L'évolution en est plus progressive, plus lente. L'on peut également voir apparaître des hématémèses à la période terminale.

C. — Forme cardiaque

De cette forme, nous ne pouvons dire que peu de choses. Nous n'en avons que trois observations et, dans ces cas, il y avait également envahissement d'autres portions de l'estomac : toutes les parois dans

un cas, grande courbure dans l'autre. La symptomatologie habituelle aux rétrécissements néoplasiques du cardia y fut d'ailleurs assez peu nette ; dans l'observation 7, on signale cependant que l'ingestion des aliments était particulièrement douloureuse à certains moments et suivie par intermittences du rejet immédiat des aliments ingérés : ce fait était probablement en rapport avec l'existence d'une tumeur n'obstruant pas complètement la lumière de l'œsophage, mais avec un spasme surajouté de cet organe. Dans deux cas cependant, l'exploration à la sonde permit de constater d'une façon certaine l'existence d'un rétrécissement œsophagien qui, dans un cas, fut mis sur le compte de la syphilis. C'est donc un moyen de diagnostic qu'il ne faudra jamais négliger dans les cas suspects, bien entendu en s'entourant des précautions nécessaires pour ne pas amener de lésions graves. De nos jours, d'ailleurs, l'œsophagoscopie pourra également donner des renseignements précieux.

En somme, et ce qu'il importe de retenir, c'est que la symptomatologie du cancer de l'estomac chez le jeune, même avec des symptômes prédominant sur l'appareil digestif, est souvent très variable. Chaque symptôme peut se présenter sous des modalités différentes pouvant, dans certains cas, faire commettre des erreurs de diagnostic, comme nous le verrons plus loin. Il faudra cependant toujours penser à la possibilité de cette affection, plus fréquente qu'on ne le suppose, et l'on ne peut s'empêcher d'être frappé de ce fait : que dans la statistique intégrale d'un chirurgien, Czerny,

publiant tous les cas de cancer de l'estomac opérés depuis une dizaine d'années, on ne trouve pas moins de 15 cas au-dessous de 25 ans.

Si nous cherchons, d'autre part, à en établir la physionomie spéciale pouvant le différencier comme symptômes et comme évolution de celui de l'adulte, nous trouvons bien peu de choses, et les caractères donnés par Mathieu, répétés par les différents auteurs des traités, et contestés récemment dans la thèse de Gander, nous ont paru bien loin d'être constants, ni même fréquents. La persistance de l'appétit n'est que rarement notée. L'absence de cachexie est loin d'être une règle, car l'amaigrissement, la perte des forces et la cachexie sont fréquemment cités dans nos observations : peut-être au plus apparaît-elle un peu tardivement. Quant à la rapidité de l'évolution, nous avons déjà dit à différentes reprises ce que nous en pensions. En somme, le cancer de l'estomac chez le jeune, en dehors de l'évolution un peu plus courte peut-être, ne diffère guère de celui de l'adulte, du moins pour les cas relativement typiques, de beaucoup les plus fréquents, puisque nous n'avons que 8 observations de formes sensiblement anormales.

DIAGNOSTIC

D'ailleurs, nous retrouvons une preuve de ceci dans l'étude des différents diagnostics faits à propos de chaque observation. Nous voyons que, dans presque toutes les observations publiées ces dernières années, le

diagnostic avait été porté. Depuis que la possibilité et même la fréquence relative de cette neoplasie ont été mises en évidence, on n'a pas cherché à interpréter en faveur d'autres affections gastriques ou de maladies générales les symptômes observés chez les malades, et l'on n'a pas fait les erreurs, évidemment excusables, commises dans un certain nombre d'observations, où elles auraient pu être évitées, n'avait été la répugnance des cliniciens à admettre le cancer chez le jeune.

Il est toujours un peu factice et arbitraire de faire un chapitre de diagnostic écrit au sujet d'une affection se traduisant à la fois par des symptômes abdominaux et généraux. Sur le papier, il est facile de multiplier les diagnostics que, en pratique, l'on ne se pose même pas : la variabilité et les nuances des symptômes observés pourront, dans certains cas, entraîner à penser à des lésions auxquelles on n'aurait pas songé sans cela. Nous le verrons à propos des formes anormales. Aussi, pour ne pas nous lancer dans la fantaisie, nous allons autant que possible voir les diverses erreurs de diagnostic commises à ce sujet.

Il est bien évident que lorsque la symptomatologie gastrique et générale aura été complète, le diagnostic positif sera fait, et a d'ailleurs été fait le plus souvent sans que l'on ait à faire de diagnostic différentiel. Lorsqu'il y a eu dans les antécédents troubles dyspeptiques, douleurs et vomissements avec les caractères que nous leur avons fixés, lorsque l'examen nous revèlera une tumeur stomacale, des altérations marquées de l'état général, l'amaigrissement, l'anémie, la cachexie, etc., le diagnostic sera facile à faire et sera

même posé sans discussion : c'est en général ce que l'on voit dans toutes les observations chirurgicales, où presque toujours celui-ci a été posé d'une façon précoce.

Tout au plus dans ces cas types aura-t-on à faire le diagnostic avec d'autres affections stomacales, et parmi celles-ci, l'ulcère et les gastrites, le plus fréquemment d'origine alcoolique. Encore, lorsqu'il existe une tumeur nettement localisée et limitée, quelquefois irrégulière, l'hypothèse à admettre est-elle bien celle de cancer. Tout au plus pourra-t-on penser à la possibilité de phénomènes inflammatoires périgastriques ; mais dans ces cas-là, l'intensité et le caractère des douleurs, continues, très marquées à la palpation, la défense de la paroi, l'existence de température fréquente, la diffusion de la masse sentie souvent très étendue et à bords peu nets, enfin l'évolution des accidents, l'existence possible d'hématémèse à sang rouge, dues à l'ulcère concomitant, permettront d'éliminer cette hypothèse. Il est plus rare en effet d'avoir les mêmes accidents par ulcération du néoplasme : du moins le diagnostic aura été fait déjà, car ils ne constituent alors qu'un épisode tardif.

Plus difficile devient le diagnostic local lorsqu'on ne sentira qu'une rénittence, une induration plus ou moins vague au niveau de la région épigastrique, ou d'une façon générale dans les régions péristomacales. Ce n'est que l'analyse minutieuse des symptômes qui permettra de trancher le diagnostic et celui-ci deviendra là plus difficile avec l'ulcère et les gastrites. La fréquence des hématémèses à sang rouge, la conservation de l'appétit et de l'état général, le chimisme, l'absence

d'anémie (sauf les cas où il y aura eu des hémorragies par ulcère), tels sont les symptômes sur lesquels on s'appuiera pour éliminer l'ulcère. Quant aux gastrites, on trouvera presque toujours des antécédents déterminants, tels que : alcoolisme, tabac, mauvaise alimentation, toxiques ; elles sont d'ailleurs peu fréquentes chez le jeune ; il est rare, dans ces cas, d'avoir un état général aussi touché que dans le cancer et les caractères des douleurs et des vomissements, plus réguliers, plus influencés par l'alimentation, et surtout pouvant céder à la médication permettront d'éliminer cette hypothèse.

Si nous nous reportons au diagnostic posé, nous voyons que, dans trente cas, celui-ci fut fait avant la mort ou l'intervention, le plus souvent d'une façon précoce ; dans quelques rares cas, à la période terminale, lorsqu'apparut une tumeur au niveau de la région épigastrique.

Dans l'appréciation des faits, il faut éliminer symptôme par symptôme les différentes hypothèses possibles et notamment à propos de la tumeur, éliminer les tumeurs des organes voisins, dont nous croyons inutile de faire l'énumération que l'on trouvera partout, sans parler des tumeurs fantômes. Assez fréquemment d'ailleurs, une nuance dans le symptôme, ou le caractère un peu spécial que prend ce symptôme, a pu faire errer le diagnostic. Il est évident que l'interprétation de phénomènes tels que les vomissements, les hémorragies précoces (très rares), la douleur peut être variable, ceux-ci n'étant pas d'une façon constante absolument identiques ; et cela surtout lorsque l'état général est peu altéré ; mais la tumeur elle-même peut ne pas être

interprétée pour ce qu'elle est. Parmi les cas non diagnostiqués, il en est trois où en plus d'une symptomatologie gastrique, la tumeur avait cependant été nettement perçue ; dans l'observation 2, elle siégeait à proximité de la région spleenique, la rate étant d'ailleurs elle-même envahie ; il ne fut pas porté de diagnostic ferme et nous n'avons pas trouvé trace dans cette observation de la discussion faite à ce sujet. De même pour l'observation 1. Dans l'observation 27, comme la tumeur était pulsatile et qu'il existait à ce niveau un double souffle, on avait pensé un moment à un anévrisme de l'aorte. Il est évident que nous ne pouvons aller jusqu'à discuter le diagnostic différentiel entre le cancer de l'estomac et l'anévrisme de l'aorte descendante, bien que celui-ci puisse donner lieu à des symptômes gastriques.

Cependant, dans l'observation 40 où l'on sentait une induration qui transmettait les battements de l'aorte, le diagnostic exact avait été porté ; de même que pour l'observation 36 où il existait une rénitence du creux épigastrique, transmettant les battements de l'aorte, avec souffl esystolique, on avait admis l'existence d'un ulcère. Ce sont là des cas où, d'ailleurs, la radioscopie pourra donner d'utiles renseignements.

Le siège un peu abhérent de la tumeur ne sera pas, en présence de symptômes gastriques, une raison suffisante pour la rattacher soit à la vésicule, soit à l'intestin, soit à d'autres organes. Il semble que dans les cas douteux, l'insufflation de l'estomac rendra les plus grands services en permettant de rattacher la tumeur à l'organe sur lequel elle s'est développée.

Plus difficile devient le diagnostic lorsque la tumeur manque, et sur les treize observations où celui-ci ne fut pas fait, à aucun moment de l'évolution, il en est huit où la tumeur n'a pas été perçue ; dans trois autres cas, l'un, mixte, étant compris dans les huit précédents, il s'agissait de rétrécissement du cardia reconnu à la sonde dans deux cas ; dans deux cas enfin le diagnostic exact fut porté, malgré l'absence de tumeur et d'après l'existence du syndrome sténose pylorique. Quelles furent les erreurs commises ?

Dans les trois cas de cancer du cardia, une fois la sonde passait librement et il ne fut pas fait de diagnostic précis, du moins on n'en trouve pas de traces dans l'observation 15 ; dans l'observation 7, on rejetta l'hypothèse du cancer (exacte), pour admettre l'existence d'un rétrécissement syphilitique de l'œsophage.

Dans l'observation 8, où l'on n'avait qu'une sensation de renitence au niveau de la région pylorique, vomissements abondants et fréquents, on fit le diagnostic exact de sténose pylorique ou de la première portion du duodenum, sans préjuger de la cause, mais en admettant comme hypothèse la plus vraisemblable celle d'un ulcère avec phénomènes cicatriciels. En l'absence d'une tumeur nettement sentie, c'est là une des hypothèses que l'on aura le plus fréquemment à discuter, de même que d'une façon générale, toutes les causes de sténose pylorique.

Dans les observations 36, 41, 42, 43, le diagnostic porté, par suite de l'intensité et du caractère des phénomènes douloureux, des vomissements rouges con-

statés dans l'observation 43, fut celui d'ulcère de l'estomac. En l'absence de toute tumeur c'était le diagnostic le plus vraisemblable et l'erreur était presque impossible à éviter. Dans l'observation 42 il apparut tardivement de l'ascite et après la ponction il fut perçu une tumeur qui vint fixer la nature de l'affection. Il est rare cependant dans l'ulcère de l'estomac que l'état général soit aussi touché ; mais il est des cas où, pendant l'évolution de la maladie et avant la période de cachexie, nous estimons que le diagnostic exact est à peu près impossible.

Dans l'observation 14, où il existait une anémie intense et des œdèmes, on en fit une affection générale et l'on mit les œdèmes sur le compte de l'anémie. Ce diagnostic indécis fut lui-même infirmé tardivement par l'apparition d'une tumeur, quelques jours seulement avant l'exitus.

Dans l'observation 16, tous les accidents furent mis sur le compte d'une tuberculose abdominale. Ici les symptômes digestifs et ceux fournis par l'examen de l'abdomen semblaient également plus en rapport avec cette affection. Cependant à aucun moment il n'y eut de température signalée.

Il est des cas enfin où la coexistence d'une autre affection nettement constatée a pu faire errer le diagnostic : c'est ainsi que dans l'observation d'Audibert les vomissements fréquents et abondants avec altération marquée de l'état général furent mis sur le compte d'une grossesse, dont l'interruption provoquée n'amena aucune amélioration Dans l'observation 18, la constatation d'une tumeur annexée à l'utérus fit faire pendant un

certain temps le diagnostic de phénomènes gastriques réflexes.

On pourrait ainsi multiplier les hypothèses de diagnostic, et c'est ainsi que nous voyons indiqué dans le travail de Mathieu, comme cas possibles, la péritonite tuberculeuse avec ascite et la cirrhose alcoolique. Même dans les cas où l'ascite exista dans nos observations, cette hypothèse ne fut pas soulevée et nous ne la discuterons pas.

Nous avons supposé jusqu'à présent que nous nous trouvions en présence d'une affection confirmée avec toute sa symptomatologie et en pleine évolution. Mais au début ce diagnostic sera très difficile à faire. A ce moment il n'existe souvent que des phénomènes douloureux, des troubles dyspeptiques et des vomissements, pouvant cadrer avec toutes les affections gastriques : dyspepsies, gastrite, ulcères, enfin et fréquemment troubles névropathiques : dans ce cas-là, le diagnostic sera facilité par l'habitus général du malade, les stigmates généraux d'hystérie ou de neurasthénie, la bizarrerie des symptômes et des sensations accusés par le malade, sa préoccupation et ses phobies manifestes. Ce sera affaire à un clinicien expert de débrouiller la vérité et de savoir attendre, avant de se prononcer d'une façon ferme. Nous tenons seulement à insister sur ce fait que la jeunesse n'exclut pas, chez un malade se plaignant de troubles digestifs et de phénomènes généraux, l'hypothèse d'un cancer de l'estomac.

On pourra, par des recherches de laboratoire, s'assurer d'un certain nombre de garanties négligées dans la plupart des observations : l'examen du sang, l'examen

microscopique des matières vomies, l'analyse chimique du contenu stomacal après repas d'épreuve, etc. Enfin, dans les cas douteux et surtout dans ceux où il existe le syndrôme sténose pylorique, la laparotomie exploratrice nous parait indiquée et ne sera souvent que le premier temps d'une intervention plus radicale.

Pronostic. — Il serait banal d'insister sur la gravité de cette affection qui toujours, en dehors de l'intervention, s'est terminée par la mort. Signalons seulement la gravité de certains symptômes au point de vue de l'issue prochaine, surtout de l'ascite et vomissements noirs.

TRAITEMENT

Il n'est guère d'affection où la thérapeutique médicale active se trouve plus désarmée que dans le cancer d'estomac. Nous ne parlerons pas des nombreuses tentatives faites pour la guérison de cette maladie; aucun médicament, aucun sérum, pas même les moyens physiques employés en y comptant les rayons X et le radium, n'ont donné de résultats appréciables entre les mains de médecins consciencieux, et ne faisant pas du traitement une entreprise commerciale.

Il ne reste guère au point de vue médical que le traitement palliatif, qui ne sera appliqué que dans les cas inopérables ou opérés sans résultat, ou dans ceux bien rares, où le malade refusera l'intervention. On en est réduit au traitement purement symptomatique : mettre

le malade dans les meilleures conditions pour durer, en lui recommandant le repos au lit, une alimentation suffisamment riche sous un faible volume, lorsqu'il n'existe pas de rétention gastrique ; traiter les symptômes généraux d'anémie par le fer, essayer de lutter contre la dénutrition par l'arsenic, tels sont les moyens à employer. Dans les cas avec rétention marquée, le lavage d'estomac journalier sera un utile adjuvant. Enfin, on calmera la douleur par l'opium sous ses diverses formes, surtout la morphine ; et s'il survient une complication, on la traitera suivant ses indications.

Mais toutes ces conditions sont réalisées, et le plus efficacement, par l'intervention chirurgicale lorsqu'elle est possible, et elle l'est presque toujours, au moins en ce qui concerne la gastro-entéro-anastomose. Chez un malade pris à une période encore peu avancée, c'est le seul moyen de lui donner une chance de survie, quelquefois assez appréciable, surtout lorsque la limitation de la tumeur permet de pratiquer une résection gastrique. Dans les cas où la lésion porte sur le pylore, mieux que n'importe quel médicament, la gastro-entéro-anastomose calme les symptômes pénibles et améliore l'état général. En nous reportant à nos observations et en recherchant les cas opérés et les suites opératoires, nous avons recueilli 20 cas où il y eut opération.

La laparotomie simple fut faite 2 fois (obs. 39-41) ; l'étendue des lésions empêcha toute autre intervention plus radicale ; dans 1 cas, il y eut cependant, fait assez curieux, la disparition des douleurs.

La gastro-entéro-anastomose simple fut faite 10 fois,

9 fois par le procédé d'Hacker-Murphy, 1 fois par la voie antérieure.

Dans 1 cas, il y eut décès, 4 jours après, par complications respiratoires (28). Dans 4 cas, on a des renseignements précis sur la survie qui fut de 3 mois (5 et 8), 12 mois (12), 7 mois 1/2 (17). Dans tous ces cas, l'opération fut suivie d'une amélioration très sensible, caractérisée par la sédation des phénomènes douloureux et la reprise partielle ou même marquée de l'embonpoint. Dans les observations 9, 29 et 33, les malades eurent une amélioration immédiate, mais furent suivis trop peu de temps ; il n'est pas donné non plus de renseignements sur l'évolution ultérieure.

Dans l'observation 4, on fit d'abord une gastro-entéro-anastomose pour permettre au malade de se remonter, puis une seconde intervention fut faite : mais les progrès de la tumeur avaient été tels que l'on referma sans rien tenter ; pas de renseignements ultérieurs. Dans l'observation 21, on note une survie de 4 mois, avec amélioration ; puis, pas de renseignements ultérieurs. Enfin, dans l'observation 24, où il y eut des accidents de péritonite par perforation, on fit une suture dans le foyer même et une gastro-entéro-anastomose ; on note que, 8 semaines après, les vomissements reparurent, sans autre détail.

Dans 8 cas, il y eut pylorectomie ou résection de l'estomac, l'une (obs. 26) fut suivie de mort par hémorragie. Dans les observations 6, 23, 32, 25, on note un bon résultat, mais sans renseignements sur les suites au-delà de deux mois ; dans l'observation 31, il y avait encore un bon état général et une grosse amé-

lioration au bout de 7 mois ; dans l'observation 35 (cas de Gander), il y avait encore survie et bon état général 5 ans et 3 mois après l'intervention ; la malade avait même conduit à bien une grossesse. Le diagnostic de cancer, fait avant l'intervention, est certain, car il y eut examen histologique confirmatif. Enfin, dans l'observation 30, il apparut, 3 mois 1/2 après, de l'ictère par récidive ganglionnaire probable ; la mort ne tarda pas à survenir.

L'on voit, par cet exposé succinct, que la gastro-entérostomie et plus sûrement la résection gastrique, toutes les fois qu'on pourra la pratiquer, donnent le maximum d'amélioration, que l'on ne pourrait espérer par le traitement purement médical. Il est certain que, au fur et à mesure que les chirurgiens se familiariseront avec une bonne technique, les résultats deviendront encore meilleurs et les survies plus prolongées. L'on ne saurait avoir d'hésitation à l'heure actuelle : toutes les fois que l'on pose le diagnostic de cancer de l'estomac chez le jeune, si l'état général n'est pas trop mauvais, il faudra confier le malade à un chirurgien.

DEUXIÈME PARTIE

FORMES ANORMALES. — FORMES LARVÉES. FORMES FRUSTES

Nous ne saurions donner une description d'ensemble, ni des données certaines et absolues au sujet des formes anormales, c'est-à-dire de celles dont les symptômes ont eu des caractères spéciaux, semblant mettre en cause autre chose que l'estomac, ou retentir surtout sur l'état général. Le nombre des observations que nous en avons recueillies, sauf pour la forme anémique, n'est pas suffisant pour nous le permettre. La lecture de ces observations constituera donc le meilleur moyen d'en fixer le caractère particulier et nous ferons simplement ressortir les points spéciaux.

A. — FORME FRUSTE DE CANCER DE L'ESTOMAC A SYMPTOMES D'OBSTRUCTION INTESTINALE

65. Landouzy. — *Symptômes d'obstruction intestinale chez un enfant de dix-sept ans; tumeur, vomissements, appétit conservé. Cancer du pylore à marche rapide.*

Dans les derniers jours de décembre 1872, entre à Beaujon pour des vomissements, dans le service de M. Axenfeld, rem-

placé par M. Brouardel, B. Henri, fumiste, âgé de dix-sept ans et demi. Le malade, petit, grêle, d'une maigreur excessive, ayant à peine quelques poils folets sur les joues, paraît quinze ans et rappelle assez bien le type d'infantilisme décrit par M. Lorrain.

B., né à Paris, de parents bien portants, n'a jamais été malade, mais a toujours été chétif; ses parents, son frère et quatre sœurs sont frêles comme lui.

En mars dernier, B. travaillant aux fortifications comme manœuvre, tombe dans le fossé sur l'abdomen, est amené à Beaujon avec une plaie contuse de la face et sort quinze jours après, complètement guéri.

Il y a deux mois seulement, sans cause comme sans excès, il vomit deux heures après avoir mangé comme de coutume. A partir de ce jour, il peut à peine prendre quelque chose sans le vomir ; ces vomissements purement alimentaires ne sont ni précédés, ni suivis de douleurs. B. continue à travailler jusqu'au jour où, perdant ses forces et son embonpoint, il rentre à l'hôpital.

B. est d'une maigreur excessive, la peau est pâle, sèche, les muqueuses sont décolorées ; le ventre est rétracté, la palpation abdominale est indolore ; la percussion donne de la sonorité en tous points, si ce n'est à l'épigastre sur le côlon transverse. On sent sur le trajet du côlon transverse, du côlon descendant, et surtout dans la fosse iliaque gauche, des masses dures, indolores et assez volumineuses qui donnent à la main la sensation de matières fécales agglomérées. Sous l'influence de lavements purgatifs, quelques unes de ces masses se déplacent et disparaissent ; on trouve dans les selles des matières dures ayant assez l'aspect et le volume de petits marrons.

Malgré le traitement énergique (purgatif, croton en pilules et en lavements) il reste à droite et en haut de l'ombilic, sur le trajet du côlon transverse, une masse dure, mate, peu douloureuse et seulement à la pression, masse du volume d'une pomme d'api, que la main ne peut ni déplacer, ni fragmenter.

Tout aliment ingéré est vomi, et cela un laps de temps varia-

ble après le repas ; il n'y a pas de selles. La langue est rouge, sèche. Soif vive, appétit conservé; apyrexie, souffle léger à la base du cœur.

Des douches d'eau simple, puis d'eau de Seltz semblent déplacer la tumeur qui, après être venue se placer sur une ligne passant par l'ombilic, reprend sa position à droite et en haut. Les jours suivants, la tumeur n'éprouve aucun changement, le malade s'affaiblit et demande à manger malgré les vomissements. Lavements de bouillon.

9 janvier. — La tumeur paraît avoir changé, elle est plus plate. Même état général grave, mêmes vomissements alimentaires. Ventre ballonné.

12 janvier. — Toutes les médications par le haut et par le bas ayant échoué, l'affaiblissement faisant des progrès rapides, l'amaigrissement étant extrême, on songe à ouvrir l'abdomen pour rechercher l'obstruction intestinale que l'on croit due à l'accumulation de matières fécales condensées et durcies.

Le lendemain ballonnement du ventre, douleurs vives, spontanées et à la pression. Crampes dans les membres, facies grippé, mort le soir.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve au niveau de la partie antérieure des fausses côtes droites, en dedans de la vésicule biliaire, une masse atteignant le volume d'un œuf de poule ; masses bilobées dont les lobes forment, par leur réunion, un angle ouvert à gauche. Le côlon transverse est en rapport immédiat avec cette masse; tout autour se voient des traces de péritonite récente.

L'estomac est dilaté, le pylore est englobé dans la masse. L'incision de l'estomac, suivant la grande courbure, montre un léger paquet hémorragique au niveau de l'antre du pylore.

Le pylore est enfermé de toutes parts dans le lobe supérieur de la masse, ou plutôt celui-ci est formé par un épaississement considérable du pylore, qui constitue une tumeur résistante, dure à la coupe, d'aspect et de consistance du tissu fibreux, donnant par le raclage un suc dans lequel le microscope montre de grosses cellules très variables de forme, et renfermant un noyau

ayant moitié au plus du volume de la cellule. L'orifice pylorique fortement retréci et sinueux laisse à peine pénétrer l'extrémité du petit doigt; la muqueuse n'est point ulcérée.

A cette masse squirreuse est accolé un ganglion dur, haut de 0 m. 02, large de 0 m. 05 formant le second lobe de la tumeur. Ce ganglion ferme, résistant, comme fibreux à la périphérie, est ramolli et caséeux à son centre; à côté et en arrière de ce gros ganglion s'en voient d'autres, petits, fermes, qui contribuent à augmenter le volume de la tumeur épigastrique.

Réflexions. — Ce n'est pas sans une grande surprise que fut trouvé le cancer du pylore, auquel personne (parmi ceux qui virent le malade) n'avait songé, vu la marche rapide de la maladie et la symptomatologie qui n'était guère celle des néoplasies, vu surtout l'âge du malade.

Il est, en effet, d'enseignement classique, que le cancer d'estomac appartient à la vieillesse, qu'il n'y a pas, de fait, de cancer de l'estomac chez les adolescents.

A cette première raison d'exclusion, venait s'ajouter l'absence de signes les plus ordinaires du squirre ; en effet, l'appétit est conservé jusqu'aux derniers jours, les douleurs lancinantes, l'hématémèse, le mélœna, la teinte cachectique, tout, si l'on en excepte la tumeur, fait défaut, déroute le diagnostic et conduit à une erreur qui porte avec elle plus d'un enseignement.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, rapportée d'ailleurs dans la thèse de Résibois, qui a décrit des formes analogues chez l'adulte, c'est d'abord la rapidité de l'évolution, 2 mois 1/2, mais expliquée

par l'intensité et la fréquence des vomissements et la dénutrition rapide qui s'ensuivit. Ceux-ci furent mis sur le compte d'une obstruction intestinale, sans que la cause même de cette obstruction, en dehors du traumatisme signalé, fût bien nette dans les antécédents. D'autre part, l'état général était très touché : anémie, amaigrissement, cachexie avec sécheresse de la peau, tout cela cadrait bien avec l'hypothèse d'un néoplasme que la palpation ne permettait pas de localiser. On sentait à la palpation des masses dures, réparties un peu partout, et les purgatifs semblèrent les modifier. En un mot, ce qui paraissait le plus sûr, c'était le diagnostic d'obstruction intestinale ; quant à la cause, il nous semble qu'à l'heure actuelle on la soupçonnerait plus aisément. Comme fait particulier, nous signalerons la conservation de l'appétit, fait que nous considérons comme exceptionnel.

Il est évident que le diagnostic d'une telle forme, très rare chez le jeune comme chez l'adulte, est difficile lorsque manque la présence d'une tumeur, ou bien que celle-ci ne peut être localisée exactement et rapportée à l'organe sur lequel elle siège ; il l'est à plus forte raison quand l'affection s'accompagne de symptômes abdominaux aussi anormaux ; il faut se rappeler dans ce cas que le cancer est chose possible, même à 17 ans, et discuter cette hypothèse lorsqu'il y aura lieu. Enfin, nous insisterons encore sur ce fait que, dans des cas comme ceux-ci, une laparotomie exploratrice, toujours sans dangers à l'heure actuelle, permet de faire un diagnostic exact, et, ce qui la légitime d'ailleurs, d'intervenir plus largement.

B. — FORME LARVÉE ANÉMIQUE DU CANCER DE L'ESTOMAC CHEZ LE JEUNE

66. Norman Moore. — Cette observation est un cas de carcinome de l'estomac chez une fille de treize ans. Les symptômes gastriques étaient peu marqués ; l'enfant se plaignait surtout de dyspnée ; elle était d'une pâleur extrême et pouvait à peine marcher. Le visage, les bras et les jambes étaient œdématiés. A la base du cœur, on entendait un fort souffle systolique.

Pas d'albumine ni d'hématémèse. A l'autopsie, on trouva un carcinome colloïde du cardia adhérent au foie et mesurant 8 centimètres de diamètre. Il n'y avait de métastase dans aucun organe. Le cœur était dilaté et contenait plusieurs caillots adhérents. Selon l'auteur, ce cas est le premier où un carcinome de l'estomac ait été diagnostiqué d'une manière indubitable au moyen du microscope chez un sujet aussi jeune.

La grand mère de l'enfant est morte d'une tumeur probablement cancéreuse du côlon descendant.

67. Clavelin. — F... (H.-V.), âgé de vingt et un ans, soldat au 3e régiment de dragons, entre à l'hôpital de Nantes le 25 février 1890. Constitution moyenne, tempérament lymphatique ; cicatrice d'abcès froid à la partie supérieure de la région carotidienne gauche. Son père et sa mère sont vivants et bien portants ; lui-même a toujours joui d'une assez bonne santé. Soldat depuis dix-sept mois, il n'a jamais été traité à l'infirmerie, ni à l'hôpital et a fait son service régulièrement jusqu'aux environs du 10 janvier 1890, époque à laquelle il fut atteint de grippe épidémique compliquée d'otite moyenne suppurée. Aussitôt rétabli, il fut envoyé en congé de convalescence de quinze jours dans sa famille. A sa rentrée au corps, le médecin-major le trouva pâle et débilité, le mit à l'infirmerie et lui fit donner chaque jour du vin, du quinquina et du fer. Mais, au bout de huit jours,

voyant que son état s'aggravait au lieu de s'améliorer, il l'envoya à l'hôpital où il entra le 15 février.

Le malade est apporté dans notre salle sur un brancard, il n'a déjà plus la force de marcher ; il est pris de vertiges et menacé de syncopes dès qu'on le fait asseoir sur son lit pour l'examiner.

La pâleur de la peau et la décoloration des lèvres et des conjonctives nous frappe tout d'abord. Le malade n'accuse aucune douleur et dit ne ressentir qu'une faiblesse extrême qui s'accroît de jour en jour. Il est apathique, indifférent à tout ce qui l'entoure, ne demande qu'à être laissé en repos, et ne répond que par monosyllabes aux interrogations du médecin. Le pouls est assez fréquent, mais les battements du cœur sont réguliers ; la température axillaire est de 37°5 le matin et de 37°9 le soir. L'auscultation du cœur révèle un souffle qui a son maximum à la base et au premier temps ; le stéthoscope appliqué sur les vaisseaux du cou fait entendre un bruit de souffle systolique. Pas de dyspnée, pas de toux ; l'auscultation des poumons ne présente rien de particulier à signaler. Du côté des voies digestives on note la perte absolue de l'appétit, le dégoût pour tous les aliments solides, une dilatation considérable de l'estomac et un ballonnement très marqué de tout le ventre. *Il n'y a jamais eu de vomissements.* La percussion et la palpation, difficiles en raison du météorisme, ne nous font rien découvrir d'anormal. Le malade va à la selle chaque jour, mais il y a de la tendance à la constipation.

Le foie et la rate ont un volume normal, les ganglions des aisselles, des aines et des parties latérales du cou ne sont pas hypertrophiés ; il en est probablement de même des ganglions bronchiques, puisque nous n'observons pas de troubles de la respiration.

La pupille gauche est beaucoup plus dilatée que la droite, il n'y a cependant pas de troubles de la vue.

Nous pensons, en présence de ces symptômes, à une anémie pernicieuse progressive, dont la cause déterminante a été une attaque d'influenza et nous instituons le régime suivant : lait,

bouillon, jus de viande, vin de Banyuls, extrait de quinquina, pilules de Vallet, alcoolés de gentiane et de colombo.

Ce régime est suivi pendant quatre jours ; le malade à qui nous voulons faire prendre de la viande crue s'y refuse et a toujours, du reste, un profond dégoût pour tous les aliments, quels qu'ils soient. La température reste à 37°5 le matin et 37°8 le soir.

Le 2 mars, c'est-à-dire cinq jours après son entrée à l'hôpital, nous lui conseillons, en raison de la température peu élevée le matin, 37 degrés, d'essayer de manger, et nous lui prescrivons comme aliments, pour son repas de midi, un bouillon, une noix de côtelette et de la confiture. Dès les trois heures du soir, il est pris de vomissements qui se renouvellent trois ou quatre fois dans la soirée et tous les aliments absorbés sont rendus. La température axillaire monte à 38 degrés. Nous croyons à une indigestion et le 3 mars nous remettons le malade au régime alimentaire suivant : lait, bouillon, quatre huîtres à chaque repas; même médication. Les vomissements ne se renouvellent pas et le malade prend les huîtres avec assez de plaisir.

4 mars. — Nous constatons que l'état général est de plus en plus mauvais; la faiblesse est extrême, la teinte de la peau est de plus en plus jaune, le visage se bouffit, mais il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs ni d'hydropisie des séreuses. L'insomnie est absolue depuis quelques jours et le malade se plaint de bourdonnements et de battements dans les oreilles. Nous lui prescrivons pour sa nuit une potion avec 25 grammes de sirop de chloral et 25 grammes de sirop de morphine.

5 mars. — Le malade est dans le même état; il a pris les mêmes aliments et les mêmes médicaments; il n'a pas dormi. Sa langue est pâle, comme ses muqueuses; les conjonctives restent parfaitement blanches.

Le 6 la faiblesse est de plus en plus grande et la peau de la face a un aspect verdâtre.

Le 7, même état, le malade absorbe encore du bouillon et quelques huîtres, mais par moment il a du délire par anémie cérébrale.

Le 8 il refuse tout aliment et meurt à 7 heures du soir.

Autopsie. — Faite trente-six heures après la mort.

Cavité thoracique. — Les poumons sont très pâles, exsangues, mais ne présentent à la coupe aucune altération pathologique. On trouve dans chaque cavité pleurale environ un demi-verre de sérosité couleur gelée de groseilles claire, dont l'épanchement s'est fait évidemment après la mort. Le péricarde renferme également un demi-verre de sérosité. Le cœur est très pâle, ses fibres musculaires sont cependant assez fermes et ne paraissent pas avoir subi de dégénérescence granulo-graisseuse. Toutes les valvules sont saines et les cavités ne renferment que de petits caillots cruoriques sans caractères. On trouve quinze à vingt ganglions hypertrophiés et dégénérés dans le médiastin et dans le poumon au niveau du hile ; ils varient de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un haricot ; ils sont mous, élastiques et donnent à la coupe un sang noirâtre.

Cavité abdominale. — L'estomac est considérablement distendu ; il renferme des gaz et environ un litre d'un liquide glaireux et noirâtre. Il est le siège d'une tumeur non ulcérée et bien circonscrite, qui forme un entonnoir au-dessus du pylore, entonnoir dont les parois mesurent en hauteur 4 centimètres pour la partie correspondant à la petite courbure, 6 centimètres pour la grande courbure et 5 à 6 millimètres en épaisseur. Il existe entre la partie malade de l'estomac et la partie saine, une ligne de démarcation bien nette, formée par un relief très marqué du bord supérieur de la tumeur. Celle-ci, incisée, fait voir un tissu lardacé, blanchâtre, qui laisse sourdre des cellules cancéreuses par la pression ou le raclage. Le pylore est rétréci, mais permet encore le passage d'un crayon ; la lésion cancéreuse est parfaitement limitée par l'anneau pylorique. La dilatation considérable de la cavité stomacale, est vraisemblablement produite par ce rétrécissement et surtout par des adhérences périgastriques avec toutes les parties touchant à la tumeur. Les glandes lymphatiques avoisinant l'estomac sont envahies et englobées dans un magma formé par ces adhérences ; les ganglions de la partie supérieure du grand épiploon sont hypertrophiés

et atteints de dégénerescence carcinomateuse ; le pancréas est également envahi ; il présente des parties cancéreuses, et d'autres paraissant saines ; il est bosselé et englobé par une masse de ganglions cancéreux qui forment des adhérences solides avec la partie malade de l'estomac. Tous les ganglions mésentériques sont infiltrés par le néoplasme ; ils sont volumineux, accolés les uns aux autres, et forment une énorme masse comprenant tout le mésentère et emprisonnant l'aorte et la veine cave inférieure, les artères et lesveines mésentériques, et fortement adhérente à la partie antérieure des vertèbres lombaires. En un mot, on pourrait dire qu'il existe une masse cancéreuse volumineuse et englobant à la fois la portion pylorique de l'estomac, le pancréas et le mésentère. Les portions d'intestins, côlon transverse et duodénum, accolées à la masse, ont des parois qui paraissent saines et non infiltrées par le néoplasme.

Le foie, à l'œil nu, paraît sain ; il ne présente rien de particulier à la coupe, et son poids est de 1590 grammes.

La rate mesure 12 centimètres et pèse 128 grammes, elle paraît saine.

Les reins ne présentent pas d'altérations pathologiques ; ils sont pâles, se décortiquent facilement et pèsent, le droit 125 grammes et le gauche 120.

Les autres organes n'ont rien présenté de particulier à signaler, et l'ouverture de la boîte cranienne n'a pas été faite.

L'examen histologique de la tumeur et des ganglions mésentériques et médiastinaux, fait au laboratoire de l'Ecole de médecine sous la direction de M. Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, a démontré qu'il s'agissait d'un carcinome muqueux ou colloïde. Au milieu d'un stoma fibreux, on voyait des alvéoles à forme arrondie et renfermant un liquide muqueux et de grandes cellules arrondies et granuleuses.

68. Clavelin décrivant un cas de cancer latent chez un soldat de vingt et un ans, rapporte que Louis a observé un cas analogue chez un homme de vingt-cinq ans.

69. Werner. — N..., âgé de vingt-cinq ans, ressentit il y a quinze jours une extrême pesanteur à l'épigastre et des douleurs lancinantes se propageant jusque dans le dos. Ces symptômes se manifestent après l'ingestion d'aliments solides ; l'appétit se maintient bon.

Le patient a le teint pâle ; l'épigastre est le siège d'une tuméfaction diffuse et sensible ; pas de trace de tumeur. Sous l'influence de la thérapie, l'état du patient s'améliore peu à peu ; mais après huit semaines, des douleurs fulgurantes très intenses réapparaissent à l'épigastre, des douleurs accompagnées de vomissements muqueux et suivies de constipation. Quinze jours plus tard, le patient est très misérable, très amaigri, l'épigastre encore très sensible ; par contre, la tuméfaction a disparu.

L'auscultation permet de découvrir un souffle sytolisque rude et sifflant à la mitrale.

Nombreuses hémorragies cutanées très accusées dans la région du sein gauche. Evanouissements fréquents. Dyspnée : déchéance rapide et mort. La durée de l'affection fut d'environ treize semaines.

A l'*autopsie* on trouve le côlon transverse très ballonné, l'estomac dilaté et fixé en arrière par des adhérences, la petite courbure soudée au foie. Au cours des manipulations, la paroi stomacale se déchire et un caillot sanguin brun foncé très volumineux, s'échappe de la cavité stomacale. Le fundus et le cardia sont occupés par un grand ulcère en chou-fleur, avec proliférations à l'aspect gangréneux et dont la section offre le caractère encéphaloïde. Le reste de l'estomac est normal. Le poumon est en grande partie envahi par le néoplasme, la rate triplée de volume avec quelques foyers hémorragiques ; poumons œdémateux. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Le diagnostic porté avait été celui d'anémie pernicieuse.

70. Niclot *(in* thèse Regnault). — B..., Clovis, est né à Usilades (Ardèche), le 27 octobre 1878 ; il était marié avant d'être incorporé au 17e cuirassiers.

A son arrivée au corps, 16 mars 1901, on note : constitution

passable, tempérament lymphatique, anneaux très larges à gauche. Taille 1 m. 72, périmètre thoracique 80 centimètres, poids 67 kilogrammes.

Du 10 au 27 février 1903, engelures ulcérées aux mains et névralgie sciatique, puis séjour à l'infirmerie du 27 février au 4 mars, même diagnostic.

Il était garde manège ; le médecin-major Messerer le rencontrant un jour fut frappé de sa déchéance physique et lui dit de venir à la visite.

C'était le 10 février, et jusqu'à cette date jamais il ne s'était fait porter malade ; il se plaignit cependant de douleurs sourdes dans le membre inférieur droit ; un point douloureux à la pression aurait été constaté vers les dernières vertèbres.

Au moment du transport à l'hôpital, le malade était très faible et souffrait beaucoup. Il entre le 4 mars 1903 à Desgenettes.

Son histoire est brève et facile à résumer : sciatique symptomatique, mais sans déformation du rachis, sans abcès, sans autres troubles de la sensibilité, du mouvement, des réflexes cutanés, tendineux ou des réservoirs.

Fièvre irrégulière à petites oscillations à 38 degrés avec rémissions. Pneumonie bâtarde du côté droit pendant son séjour à l'hôpital.

Rien au niveau du foie, de la rate, du rein et des urines, des ganglions, sauf une adénopathie inguinale (pas de sus-claviculaire) ; rien de pulmonaire, de cardiaque, aucun trouble circulatoire.

Symptômes digestifs très peu marqués, le malade a peut-être vomi une fois depuis son entrée à l'hôpital.

Mauvais état général et décoloration réelle des muqueuses.

Il y avait cependant, pour ainsi dire, inconséquence entre cette anémie progressive et l'état local ; rien ne l'expliquait.

Pas trace d'ankylostomiase; conservation de nombreuses fibres musculaires striées dans les selles.

Cette anémie était extrême, oscillant au-dessous de 1 million; les globules blancs paraissaient un peu augmentés, plusieurs milliers au millimètre cube, avec polynucléose certaine.

Sur frottis à sec, par le procédé de la carte de visite, il y avait de la poikylocytose, des globules géants et beaucoup de globules nains, en tous cas des hématies nucléées.

La coagulation était normale ; quant à la vérification de la résistance globulaire et à la mensuration de l'hémoglobine, il n'y fut pas procédé. Cependant, à la simple vue, la décoloration était considérable, vraiment surprenante.

Malgré les quelques données discordantes affirmées à cet égard par l'hématologie, même un peu sommairement étudiée, l'anémie pernicieuse fut admise, surtout par exclusion.

Le sujet, réformé le 3 avril 1903, mourut le 28, à 5 heures du matin, des suites d'une hématémèse abondante.

Autopsie (résumé).

Sommet droit de la fourchette sternale se brise avec facilité anormale.

Un peu d'hypertrophie du cœur (340 gr.), portant sur le ventricule gauche.

Adhérences lâches pleurales, bilatérales.

Poumons emphysémateux, anthracosiques.

Ganglions du hile anthracosiques.

Rate volumineuse, friable, 460 grammes.

Reins normaux. Capsules surrénales friables.

Rien à l'œsophage ni au cardia.

Estomac légèrement dilaté. Au niveau de la région pylorique, néoplasme, à surface légèrement bosselée, non hémorragique, mou au toucher. Il s'arrête au niveau du pylore, s'étend sur la petite courbure et empiète un peu sur la grande, sans rétrécir considérablement l'orifice pylorique qui admet encore le pouce.

Environ 500 grammes de liquide noirâtre dans la cavité stomacale.

Rien aux autres viscères.

Quelques ganglions mésentériques néoplasiques.

Léger degré de scoliose.

Les corps vertébraux des trois dernières lombaires, l'aileron du sacrum et la partie interne de la fosse iliaque interne sont très friables, hémorragiques par endroits, blanchâtres en d'au-

tres. On constate, à peu de distance de la grande échancrure sciatique, une tumeur osseuse, dure en certains points, s'écrasant facilement et hémorragique en d'autres. Cette tumeur soulève le sciatique.

Hypertrophie de tous les ganglions voisins.

Examen microscopique. — Rein. Tubuli semblent avoir un peu souffert. Sclérose légère.

Foie. Nodules inflammatoires dans certains espaces portes.

Ganglion de la petite courbure généralement atteint par l'infiltration épithéliomateuse.

Estomac. Epithélioma cylindrique.

Une préparation de sang sec et coloré, bien conservé, a permis d'établir la formule leucocytaire :

Polynucléaires	39
Grands mononucléaires.	10
Lymphocytes	47
Formes intermédiaires	3
Eosinophiles	1

Résumé. — Cancer du pylore avec généralisation vertébrale et sacrée, probablement aussi sternale (sciatique symptomatique. Symphyse pleuro-médiastine ancienne.)

Nous retrouvons ici une des formes assez fréquentes chez l'adulte et d'autant plus intéressante qu'elle s'accompagne en général de peu de symptômes du côté de l'appareil digestif.

Ce qui frappe d'abord, c'est la courte durée de la maladie ; dans les 3 cas suffisamment détaillés, elle fut de 2 mois, de 3 mois et 2 mois depuis le début des premiers symptômes : l'évolution a donc été très rapide. En deuxième lieu, c'est le peu d'intensité des symptômes gastriques, qui furent cependant un peu plus prononcés dans l'observation 69. Ils consistèrent

en inappétence, malaises, pesanteur gastrique et vomissements, avec quelques douleurs.

L'exploration de l'abdomen était à peu près négative, sauf encore dans l'observation 69, où il y avait un peu de rénitence au niveau de la région épigastrique. Ce qui, dans ces cas, a dominé la scène, c'est l'intensité des phénomènes généraux : amaigrissement et perte des forces très rapide, vertiges, malaises, lipothymies et syncopes, et surtout une anémie intense, progressive, à évolution rapide ; décoloration des téguments et des muqueuses, avec tachycardie et hémorragies cutanées (obs. 69). Malheureusement, il n'y a pas de renseignements sur l'état du sang dans quatre de ces observations, ni numération, ni examen microscopique. Dans l'observation 70, on eut absolument la formule hématologique de l'anémie pernicieuse progressive, fait qui peut se voir au cours du cancer de l'estomac (thèse Regnault). Pas d'examen du fond d'œil non plus. On signale quelques œdèmes dans les observations 66 et 70, un peu de bouffissure de la face sans œdèmes (obs. 67).

L'examen cardiaque dans 3 cas a révélé un souffle systolique intense, siègeant 2 fois au niveau de la mitrale, une fois au niveau de la base. Dans un cas également il existait un souffle systolique dans les vaisseaux du cou.

L'examen des urines n'a pas été pratiqué. Dans les observations 67 et 70, il y avait une température subfébrile à 37°8, 38° le soir. Enfin, nous notons l'absence de ganglions dans tous ces cas, sauf dans l'observation 70 où il y avait adénopathie inguinale.

Dans ces conditions, étant donné la rapidité de l'évolution, l'intensité des phénomènes généraux et notamment des signes d'anémie, le peu d'importance des symptômes gastriques qui pouvaient également être mis sur le compte d'une affection générale, le diagnostic devenait difficile ; dans les cinq cas, on fit celui d'anémie pernicieuse à marche rapide et progressive ; chez un adulte, malgré tout, on aurait soupçonné le cancer d'estomac.

Nous ne ferons pas ici le diagnostic différentiel des anémies : nous dirons seulement que, en présence du syndrôme anémie grave, chez un jeune, même et surtout avec une marche rapide, en dehors de tout antécédent infectieux (maladie infectieuse, syphilis, malaria, tuberculose, intoxication, etc.), il faudra penser au cancer de l'estomac et explorer soigneusement l'appareil digestif, après avoir éliminé la lymphadénie et la leucémie. Nous ne pouvons dire d'une façon certaine que les recherches hématologiques donnent des indications fermes, puisque dans un seul de nos cas chez le jeune, elles ont été pratiquées ; nous le croyons cependant. Peut-être également l'insufflation de l'estomac et surtout l'analyse du chimisme gastrique permettront-elles dans ce cas de constater, soit l'existence d'une tumeur, soit des modifications du chimisme en rapport avec l'hypothèse d'un néoplasme. Il ne saurait être donné en clinique de règles absolues ; et de recherches négatives il ne faudra pas *a priori* conclure au rejet de cette hypothèse. Un examen prolongé et minutieux permettra peut-être de poser le diagnostic ferme.

Ce ne sera d'ailleurs malheureusement qu'une satisfaction scientifique, car l'on se trouve à peu près désarmé devant de pareilles affections. Il ne nous semble pas que l'intervention puisse dans ces cas donner de résultats satisfaisants, car le diagnostic ne pourra guère en général être fait qu'à une phase avancée de la maladie. On en sera réduit à un traitement palliatif purement symptomatique consistant dans la diététique, l'administration des toniques et des stimulants, la médication ferrugineuse pour lutter contre l'anémie.

En un mot, dans cette forme, il semble bien s'agir autant d'une affection générale que d'une lésion locale de l'estomac.

Nous avons volontairement laissé de côté une observation de Nothnagel, l'examen histologique étant très douteux au point de vue de la nature néoplasique des lésions.

C. — FORME FRUSTE DYSPEPTIQUE TERMINÉE PAR LYMPHANGITE PULMONAIRE CANCÉREUSE DIFFUSE

Lymphangite cancéreuse pulmonaire.

71. Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr Devic. — *Eclampsie. — Accouchement prématuré au huitième mois. — Troubles gastriques. — Granulie terminale. — Aucune ulcération tuberculeuse de l'estomac. — Histologiquement, cancer généralisé aux poumons.*

Marie V..., âgée de vingt ans (née en mai 1885), entre à l'asile des femmes convalescentes de la Croix-Rousse, le 10 novembre

1904, venant de la Charité (2e infirmerie, service de M. le professeur Fabre) avec le diagnostic d'éclampsie puerpérale.

Rien à noter dans les antécédents. Père et mère vivants et bien portants; trois frères et une sœur en bonne santé; une sœur morte à quinze jours d'affection indéterminée.

La malade, exerçant la profession de domestique, ne présente aucun antécédent personnel. Ne se rappelle pas si elle a eu la rougeole; elle aurait eu la coqueluche dans le jeune âge, les oreillons à huit ans. Pas de scarlatine ; pas de fièvre typhoïde.

Réglée à seize ans, et depuis régulièrement jusqu'à sa grossesse, pas de fausses couches. A dix-sept ans, elle aurait perdu sans cause connue à peu près tous ses cheveux; elle ne se rappelle pas si, à cette époque, elle a eu des boutons sur le corps, des maux de gorge ou des maux de tête. N'a jamais eu de pertes blanches ni de douleurs à la miction.

Depuis plus d'un an,elle ressentait divers malaises passagers, se fatiguait rapidement et constatait de temps en temps de l'œdème des membres inférieurs. A son entrée à la Charité, ayant eu une crise la veille, elle ne peut préciser la date de ses dernières règles, mais se dit enceinte de huit mois et avoir senti bouger son enfant vers le quatrième. Pendant les premiers mois, elle a eu des vomissements qui se renouvelaient à peu près tous les jours, mais ne survenaient pas après chaque repas; ils se seraient calmés vers le quatrième mois. A cette époque, augmentation de l'œdème des jambes; l'œdème, marqué le soir, disparaissait le matin au réveil, puis se serait installé définitivement, tout en étant plus marqué à la fin de la journée. Un mois avant son entrée, l'œdème avait augmenté de telle sorte que la malade avait de la peine à monter sur son lit à cause du poids exagéré de ses jambes. En même temps, elle était réveillée la nuit par des crampes aux mollets; quelquefois, engourdissement passager d'un doigt; deux ou trois mictions la nuit. Epistaxis à une ou deux reprises. A eu à différentes reprises de la diarrhée. L'examen des urines n'avait pas été fait.

Deux jours avant son entrée à la Charité, elle quitte sa

famille (Ain) et vient se placer comme bonne dans une maison de confections. Le lendemain de son arrivée, le 14 octobre 1904, la malade dit avoir présenté des troubles de la vue dès le matin. Tout semblait tourner autour d'elle; elle voyait des « nuages », mais pas d'étincelles. Vers 2 heures de l'après-midi, elle prit brusquement un violent mal de tête et perdit sa connaissance, qu'elle ne retrouva que le 15 au matin.

Amenée à la Clinique le 14 au soir ; on pense à un coma lié à l'éclampsie. Elle prend peu après une crise d'éclampsie nette et on la traite par le chloral et des inhalations de chloroforme.

25 octobre. -- Amélioration, diarrhée. Les urines, à l'entrée, contenaient, par l'appareil d'Esbach, 3 grammes d'albumine. Il y avait un œdème très accentué aux jambes, remontant jusqu'aux genoux. Peau tendue, luisante, dure au toucher, conservant l'empreinte du doigt à la pression.

Langue saburrale.

Cœur : pointe non localisable à la palpation. Pas de bruit de galop, pas de souffle.

Poumons : râles de bronchite aux bases, la malade tousse un peu.

Température, 37°2. Pouls, 84.

16 octobre. — On a mis la malade au régime lacté depuis l'entrée ; l'obnubilation diminue.

16 octobre. — Apparition des douleurs vers 10 heures du soir.

17 octobre. — L'accouchement se termine vers 6 heures du soir. Fille de 2 kg. 500 grammes. Il sort avec le placenta 500 grammes de caillots. Petite hémorragie consécutive de 100 grammes environ, anémiant cependant encore la malade qui est un peu pâle; elle tousse un peu, n'a pas de point de côté, mais un peu d'obscurité à la base droite, ce qui fait craindre un léger épanchement.

Urines abondantes. 1 gramme d'albumine à l'Esbach.

18 octobre matin. — 37°9. La malade tousse beaucoup, a craché un peu de sang rouge, spumeux ; à l'auscultation, obscurité aux bases, plus marquée à la base droite. Râles ronflants et sibilants, s'entendant aux deux temps dans toute la hauteur

des poumons; pas de râles crépitants. Submatité montant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit. Pas de modifications des vibrations.

Le soir, 38°4. Pouls, 105. Urines abondantes. Beaucoup moins d'albumine.

26 octobre. — Jusqu'à ces derniers jours, diète lactée ; hier, potage. La malade se plaint d'avoir eu des crampes d'estomac pendant la nuit. La quantité d'albumine diminue. L'auscultation pratiquée le matin est négative. Disparition de la matité et des râles.

27 octobre. — La malade a toujours des crampes d'estomac.

L'enfant mourut quinze jours après la naissance.

La malade vient le 10 novembre à l'Asile des femmes convalescentes. A son entrée, on constate de l'œdème léger des membres inférieurs et un gros disque d'albumine.

Elle se plaint, en outre, de troubles gastriques qui existeraient depuis trois ans et demi environ, et auraient commencé par quelques vomissements aqueux, qui se seraient transformés bientôt en vomissements alimentaires accompagnés de douleurs violentes. La malade déclare que les douleurs ont disparu pendant sa grossesse.

Depuis son accouchement, la malade souffre de nouveau. Elle a une douleur localisée au niveau du creux épigastrique et décrit assez bien la crise de douleur en broche.

N'a jamais eu d'hématémèse.

Les douleurs commencent une demi-heure à une heure après les repas et reviennent de nouveau plus fortes trois heures environ après.

Maux de tête. Constipation. La malade est au régime lacté.

10 décembre, — Depuis son entrée, la malade a gardé le lit quinze jours avec la diète lactée absolue; depuis quinze jours, on a autorisé des œufs et des légumes verts.

Pouls régulier, un peu tendu à 96 par minute.

Pas d'hypertrophie cardiaque.

Petit souffle anorganique, sytolique, à l'orifice pulmonaire. Pas de galop.

Constipation. Toujours de l'albumine.

16 décembre. — Angine pultacée.

21 décembre. — L'albumine a augmenté. Il est à constater que la plus grande quantité d'albumine a coïncidé avec la plus haute température observée pendant l'angine.

20 janvier 1905. — Première apparition des règles. L'albumine a diminué, puis disparu.

23 janvier. — Passe à l'hôpital de la Croix-Rousse (salle Sainte-Clotilde, pour angine, réapparition de l'albumine.

6 février. — Revient de Sainte-Clotilde, pas d'albumine.

16 mars. — Bonne santé à la sortie. L'albumine a complètement disparu. La malade a repris de 5 kilogs.

Elle est revue un mois après sa sortie ; elle est en bonne santé ; sans albumine.

Depuis sa sortie de Margnolles, jusqu'au jour où elle fut revue, en décembre 1905, la sœur du service l'a revue six ou huit fois ; chaque fois elle a examiné son urine sans jamais trouver d'albumine. Elle était placée comme cuisinière et son travail n'était pas trop pénible. Chaque fois qu'elle arrivait aux femmes convalescentes, elle avait fourni une course assez longue. La sœur a constaté l'absence d'œdème des membres inférieurs. Les règles étaient régulières. Elle n'avait ni maigri ni pâli. Ce n'est qu'à la dernière visite qui a précédé celle de son entrée (environ vers fin novembre), qu'elle se plaignit : son travail la fatiguait et elle mangeait un peu moins. En outre, lorsqu'elle avait mangé, elle avait des douleurs, mais moins vives que celles signalées dans l'observation et, à de rares reprises des vomissements. Quelques douleurs dans la région lombaire. Elle aurait eu également un peu de toux depuis sa sortie de l'hôpital et depuis ce moment-là seulement.

On téléphone le 27 au matin pendant la visite, que Marie V. était aux convalescentes très malade, toussant beaucoup, très oppressée. On dépêche un des externes qui revient en faisant un tableau très sombre, et on fait dire de l'amener immédiatement. La malade a monté les escaliers seule, et fait les 800 mètres qui séparent Margnolles de l'hôpital sans l'aide

de personne et accompagnée par une sœur. M. Devic la voit et est frappé par une cyanose extrêmement marquée, avec refroidissement des extrémités, pouls radial imperceptible ; auscultée dans le cabinet de Saint-Nizier, on constate un cœur affolé, très précipité, mais net et dans toute la hauteur des deux poumons, une pluie de râles fins tels qu'on a pensé d'abord à un œdème pulmonaire généralisé ; pas d'œdème des membres inférieurs (11 heures du matin), la température est subfébrile. Pas d'urines. On sonde et l'on retire quelques gouttes d'urine peu foncée avec peu d'albumine. On n'a pas posé de questions sur l'état du tube digestif. Toux incessante.

Une fois couchée, mieux marqué. A ce moment l'examen montre :

Cœur très rapide, incomptable. Premier bruit donnant l'impression d'un rythme de galop. Pointe dans le sixième espace en dehors du mamelon. Pouls très petit, presque filiforme. Pas d'œdème des jambes.

Aux poumons, râles diffus sans matité nette nulle part, sans souffle, sans lésions localisées.

Urines : très peu abondantes, avec un léger disque d'albumine. Température : 38° 5. Rien à l'abdomen.

28 décembre. — D'après la sœur de Sainte-Clotilde, la malade continua à être cyanosée. N'urinant pas, on fut obligé de la sonder. Elle ne se plaignait que de sa dyspnée. Vomissements incoercibles toute la nuit. Pas de céphalée.

A 3 heures et demie de l'après-midi, brusquement, elle prit une syncope. Appelé précipitamment peu après, nous constatons que le cœur ne bat plus. Aucun traitement n'agit.

Autopsie le 30 décembre 1905.

Cœur	260	grammes
Poumon droit	700	—
Poumon gauche	630	—
Foie.	1.350	—
Rate	120	—
Rein droit.	250	—
Rein gauche	250	—

Pas d'œdème périphérique. Pas de liquide dans les plèvres ni dans le péritoine. En détachant les viscères, on remarque, adhérant à l'aorte abdominale, une masse ganglionnaire assez volumineuse, formée par des ganglions gros, mais indépendants les uns des autres. Dans les replis mésentériques un très petit nombre de ganglions de même volume et de même consistance.

Poumons. — Sommets libres. Il n'y a d'adhérences qu'au niveau de la partie antéro-externe du poumon gauche. Légère pleurésie récente, interlobaire et médiastine du même côté.

Péricarde. — A l'ouverture du péricarde, il s'écoule au moins 200 grammes de sang liquide, sans caillot.

Poumon droit. — Extérieurement on sent sous la plèvre une série de fines granulations qui sont peu apparentes à la vue et un fin réseau très visible, sous-pleural, pouvant être interprété comme des lymphatiques, dessinant le contour des alvéoles et à peine saillants au toucher.

A la coupe, le poumon, dans toute son étendue, est bourré de fines granulations tuberculeuses, les plus grosses n'atteignant pas le volume de 1/4 de tête d'épingle. Ces granulations reposent sur un poumon dont la coloration est à peu près normale. A la surface de la coupe on fait sourdre des vaisseaux du sang noir, et point de pus des bronches. Le poumon crépite à peine. Les ganglions du hile sont surtout anthracosiques et la dégénérescence caséeuse y est assez nette. Aucune formation cavitaire, ni tendance à cette formation.

Poumon gauche. — Les lésions sont semblables ; il n'y a que l'extrême sommet qui crépite.

Les ganglions intertrachéo-bronchiques sont volumineux et dans un état de caséification nette.

Rate. — Pas de modifications extérieures ; rien d'apparent sous la capsule. Parenchyme assez ferme, très lisse. Très nombreuses petites taches blanches ne faisant pas saillie et étant peut-être des tubercules récents.

Cœur. — Les oreillettes sont surdistendues par des caillots cruoriques. Rien au trou de Botal. Pas d'insuffisance aortique à l'épreuve de l'eau. Aorte petite, très souple, sans athérome.

Légère poussée d'endocardite récente au niveau de la grande valve de la mitrale.

Myocarde de couleur et de consistance normales.

Petites ecchymoses sur la paroi interne de péricarde pariétal.

Capsules surrénales. — La gauche est augmentée de volume et parsemée dans la substance corticale de points blancs qui sont probablement tuberculeux. La droite ne présente pas de lésions apparentes.

Reins. — Ne paraissent pas très malades macroscopiquement. Cependant la capsule est un peu épaisse et adhérente. Aucune formation tuberculeuse. Le bord convexe est à peine irrégulier. Consistance des organes ferme.

Organes génitaux. — Le péritoine qui les recouvre est parsemé d'épaississements irréguliers, formés de nodules blanchâtres, saillants, qui sont des points de péritonite probablement tuberculeuse.

L'ovaire gauche est double de l'ovaire droit, non kystique. Pas de myome.

Intestin. — Ouvert dans toute sa longueur, présente trois petites ulcérations arrondies, peu profondes, ne se voyant pas sur la face externe, situées sur la partie terminale du grêle.

Corps thyroïde. — Un peu gros, le lobe médian plonge déjà ; trois ou quatre îlots blanchâtres tuberculeux.

Larynx. — Petite ecchymose à 2 centimètres au-dessus des cordes vocales.

Estomac. — Dilaté, ayant contracté des adhérences anciennes anormales avec le pancréas. Tous les ganglions de la petite courbure sont volumineux et caséeux.

En appuyant sur la vésicule biliaire on fait sortir de la bile par l'ampoule.

Tout le long de l'œsophage, d'ailleurs sain, on trouve des ganglions.

Pancréas. — Volumineux, dur, mais nullement envahi ; à la coupe on distingue très bien du tissu pancréatique les ganglions nombreux, volumineux et durs qui l'entourent.

Estomac. — Rien aux orifices ; sur la face postérieure,

presque sur la petite courbure, à peu près dans la partie moyenne, on trouve une ulcération cicatrisée, à peu près arrondie, de 13 millimètres de diamètre. Les bords en sont taillés à pic en haut et en bas, surplombants, et réunis en tunnel du côté pylorique; ses bords sont épaissis et paraissent constitués par une muqueuse ne différant guère de celle de la région voisine. Le fond est blanchâtre et quand on regarde la face externe de l'organe, on voit qu'au niveau de l'ulcération correspond l'extrémité externe d'une plaque formée par un épaississement de la tunique externe, les ganglions de la petite courbure et des adhérences anormales.

Du côté cardiaque, le long de la petite courbure, on trouve, sur une étendue de plus d'une pièce de 5 francs, d'une série de petites ulcérations, la plupart peu profondes, mais irrégulièrement cupuliformes, à fond et à bords grisâtres. D'autres sont situées sur la face postérieure et ont un caractère plus serpigineux.

Foie. — Pas de modifications extérieures de la forme : bord antérieur non épaissi; ce qui frappe, c'est la présence, au-dessous de la capsule, qui d'ailleurs n'est pas épaissie, d'une série de taches un peu plus pâles que le tissu hépatique qui les entoure, dont l'étendue varie d'une tête d'épingle à une pièce de 1 franc, aussi abondantes sur les deux faces que sur les deux lobes, légèrement saillantes au toucher, surtout les grosses qui sont ombiliquées au centre avec une périphérie nettement plus vascularisée ; on dirait des noyaux secondaires cancéreux. Il n'y a rien à la coupe qui puisse rappeler ni les productions caséeuses, ni les granulations miliaires.

En résumé, on arrivait à cette conclusion, même après l'autopsie, que l'on se trouvait en présence d'une ulcération peut-être tuberculeuse de l'estomac, par granulie.

M. le professeur Tripier présenta les pièces à son cours et fit de la lésion stomacale une lésion néoplasique avec généralisation au foie ; en disant que certains ulcères, et notamment ceux qui vont sans cesse en s'agrandissait à la façon de l'*ulcus rodens*, doivent être considérés, contrairement à l'opinion générale,

non comme des ulcères simples, ainsi que Cruveilher le croyait, mais bien comme des ulcères néoplasiques. Rien n'empêche qu'il n'en soit de même d'un ulcère qui semble bien limité comme dans ce cas ; car s'il ne s'est pas étendu davantage, et s'il n'y a pas eu de lésion manifeste à l'œil nu à la périphérie, on peut parfaitement l'attribuer à ce qu'il s'est produit une généralisation au foie. Il est à remarquer en effet que lorsqu'une tumeur se généralise, elle cesse de s'accroître.

M. le professeur Tripier admettait la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires.

Voici l'examen histologique des pièces recueillies dans l'alcool, durcies à la gomme après passage dans l'acide picrique et coloration au picro-carmin des coupes.

Estomac. – 1° Fragment non ulcéré. Ce fragment comprend les différentes couches de l'estomac, toutes manifestement augmentées d'épaisseur laquelle atteint en totalité environ 1 centimètre ; néanmoins elles restent très distinctes. La *muscularis mucosœ* est très nette. Au niveau de la muqueuse augmentée d'épaisseur, on trouve en certains points, du côté des culs-de-sac glandulaires profonds, des modifications évidentes, sous forme de tubes néoformés, tapissés par un épithélium cylindrique, à cellules plus denses que normalement et plus vivement colorées. Tout autour se rangent des cellules plus petites et rondes. Les points lymphoïdes de la couche profonde sont manifestement hyperplasiés.

La sous-muqueuse qui est la couche la plus épaisse est constituée par un tissu fibroïde plus dense que normalement, avec, çà et là, quelques petites cellules rondes sans grands caractères. Immédiatement en contact avec la *muscularis*, on rencontre çà et là quelques rares éléments épithéliaux sous forme de petits amas, ou de tubes glandulaires ébauchés mais pleins. Au fort grossissement ; l'aspect de ces cellules est identique à celui des cellules de la partie profonde envahie de la muqueuse. On y rencontre également des vaisseaux à parois très manifestement épaissies. La musculeuse également hyperplasiée, présente des faisceaux musculaires séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif analogue à celui de la sous-muqueuse. En

quelques points se trouvent de petits amas de cellules rondes.

Point ulcéré. — A la limite de l'ulcération les lésions néoplasiques sont plus nettes ; à ce niveau se trouve un amas de cellules plus petites et plus denses que celles décrites précédemment, sans tendance à la formation de tubes glandulaires. L'ulcération a complètement détruit la muqueuse et la plus grande partie de la sous-muqueuse ; le fond en est formé par ce qui reste de la sous-muqueuse, sous forme d'une bande mince interposée au-dessus de la musculeuse et infiltrée de petites cellules rondes. Les mailles musculaires sont dissociées par du tissu conjonctif peu dense. Dans la séreuse on retrouve des lésions néoplasiques sous forme d'une infiltration de cellules épithéliales analogues à celles précédemment décrites.

Exulcération petite courbure et ganglion adhérent.— Mêmes lésions du côté de la partie profonde de la muqueuse et surtout de la partie superficielle de la sous-muqueuse. Envahissement du ganglion.

Ganglion, petite courbure. — Hyperplasie folliculaire assez nette et envahissement sous forme de grandes cellules épithéliales glandulaires, assez typiques, granuleuses, à noyau volumineux, ayant tendance en certains points à ébaucher des tubes glandulaires.

Ganglion préaortique. — Enflammé, avec hyperplasie nette des follicules, où les cellules lymphatiques sont tassées les unes contre les autres. Pas de lésions néoplasiques nettes.

Noyau du foie. — Généralisation typique sous forme de tubes glandulaires à épithélium cylindrique.

Poumons. — Sur les coupes, pas de lésions du parenchyme en dehors d'un peu d'engouement. Pas de noyaux néoplasiques ; mais autour des vaisseaux et des bronches on voit des canaux sectionnés très volumineux, remplis de cellules néoplasiques, dont le caractère épithélial est évident. Fait particulier, on trouve dans beaucoup de points que le vaisseau qui est au centre de cette couronne de boyaux, est partiellement ou même complètement oblitéré. En somme, d'après la topographie de ces canaux, il ne peut s'agir que de lymphangite cancéreuse.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est d'abord le peu d'importance des symptômes digestifs qui n'ont jamais attiré l'attention au point de faire de la patiente une malade de l'estomac. A deux reprises cependant ils avaient été plus accentués. Une première fois, au moment de leur apparition, il y a quatre ans, une seconde fois plus récemment après son accouchement (en rapportant les dates à celle de sa mort). Ils avaient surtout consisté en troubles dyspeptiques avec douleurs en broche et vomissements, sans altération sensible de l'état général. Il faut retenir également les lésions rénales qu'avait présentées la malade avec albuminurie marquée et ayant même donné de l'éclampsie au moment de sa grossesse. La lésion stomacale a évolué sans fracas, insidieusement, et il s'agit là d'une de ces formes frustes, dyspeptiques du cancer de l'estomac décrites par Bouveret et reprises par Bard dans sa classification ; ce dernier auteur faisant remarquer que cette forme est le plus fréquemment liée à un ulcéro-cancer assez éloigné du pylore, fait qui est en corrélation avec notre cas (voir autopsie).

A aucun moment la malade n'a présenté de cachexie quoique soient apparus successivement un peu d'anémie et des œdèmes qui pouvaient bien être mis sur le compte des lésions rénales.

La durée est assez difficile à fixer; si nous faisons rentrer les premiers troubles digestifs dans l'évolution de la maladie, et il n'y a pas de raisons pour ne pas le faire, et que nous les considérions comme le premier symptôme de la lésion néoplasique, nous ne sommes

pas loin de quatre ans comme durée totale de l'affection.

Mais le fait le plus intéressant est la terminaison de cette affection ; ce sont en effet des phénomènes pulmonaires aigus qui ont emporté la malade : dyspnée intense avec cyanose (la patiente étant déjà un peu dyspnéique depuis quelque temps), cœur affolé avec pouls petit, et à l'auscultation pluie de râles fins dans les deux poumons, au point que l'on agita un moment l'hypothèse d'œdème aigu du poumon. Enfin l'exitus eut lieu au milieu de cette scène par une syncope terminale.

On comprend facilement en présence d'une pareille symptomatologie combien le diagnostic devenait difficile à faire. Le cœur ne semblait pas être en cause, car, dans tous les examens précédents, on n'y avait jamais rien trouvé. Deux hypothèses paraissaient surtout plausibles : l'œdème aigu du poumon et une granulie à forme suffocante, ce dernier diagnostic ayant un moment semblé confirmé par l'examen microscopique des poumons, farcis en apparence de petites granulations tuberculeuses, qui par l'examen microscopique furent rattachés à leur véritable cause, la lymphangite pulmonaire cancéreuse diffuse.

Quelle est la symptomatologie habituelle de cette complication ou plutôt de cette généralisation spéciale, qui semble être par rapport au cancer ce que la granulie est à la tuberculose, quel qu'en soit le siège, avec cette différence que l'une se véhicule avec les vaisseaux sanguins, l'autre avec les vaisseaux lymphatiques.

Si nous nous reportons aux différents cas publiés et

que l'on trouvera dans l'article de Girode, et celui plus récent de Bard, on verra que, presque toujours, la symptomatologie fut assez semblable à celle de l'observation rapportée ci-dessus.

Le cas publié par Girode et qui est d'ailleurs superposable aux faits précédemment signalés par Troisier, puis Hillairet et Raynaud, tous le présentent sous les allures d'une affection pulmonaire aiguë ; les malades présentaient de la toux, et surtout une dyspnée intense avec cyanose considérable ; l'auscultation révélait des foyers de râles sous-crépitants fins, avec quelques zones d'obscurité. L'évolution dans ces cas fut, semble-t-il, un peu plus lente que dans le cas de M. Devic. Cependant dans ce dernier, avant la poussée d'accidents aigus terminaux, la malade présentait déjà de la dyspnée, la gênant suffisamment pour qu'elle s'en plaignit à son entourage.

Les deux cas rapportés par Bard et ayant trait à des hommes de trente-deux et de trente ans, comportent également des accidents dyspnéiques prononcés, et ayant débuté brusquement après une période peu longue, pendant laquelle les malades avaient accusé déjà un peu de dyspnée. Les deux malades, fait intéressant, avaient d'ailleurs, tous deux, à différentes reprises, comme dans notre cas, présenté des troubles gastro-intestinaux peu accusés et vaguement dyspeptiques dans un cas ; plus marqués dans l'autre où il y eut de violentes douleurs au niveau du creux épigastrique, douleurs accompagnées de vomissements rouges qui, temporairement, firent faire le diagnostic d'ulcère. L'examen des poumons avait été à peu près négatif

dans les deux cas ; dans le premier il y eut cependant au début quelques râles sous-crépitants, qui disparurent assez rapidement, pour ne laisser qu'une respiration typique d'emphysème, sans foyer de souffle, et quelques rares râles aux bases ; le diagnostic porté avait été celui d'emphysème aigu, probablement lié à une bronchite capillaire.

Dans le second cas, l'examen pulmonaire avait été à peu près négatif et, comme le malade présentait une albuminurie assez prononcée, les accidents furent mis sur le compte d'une urémie avec phénomènes dyspnéiques.

En somme, dans tous les cas signalés,ce qui domine la scène, c'est une dyspnée intense, avec cyanose ; depuis quelque temps les malades présentent un peu de gêne subjective de la respiration avec un peu de dyspnée d'effort ; puis brusquement, tout s'exagère et la terminaison se fait rapidement en quelques heures ou quelques jours par le mécanisme d'une asphyxie progressive. Rien à signaler de particulier du côté de l'expectoration. Du côté des poumons on peut avoir des zones d'obscurité, des foyers de râles sous-crépitants fins ou rien. L'évolution en général très rapide, peut être très lente, jusqu'à un mois dans un cas de Bard. Bien entendu dans tout ceci nous n'avons envisagé que la lymphangite donnant des symptômes.

On conçoit que le diagnostic d'une telle complication ou d'une telle lésion, soit très difficile, lorsqu'elle survient au cours d'un cancer à forme fruste. Il est évident que lorsqu'on verra survenir de tels accidents, avec une évolution plus ou moins rapide, chez un individu ayant

eu des signes nets de néoplasie et chez lesquels ce diagnostic aura été fait, on rapportera plus facilement les accidents à leur cause exacte : le diagnostic de lymphangite pulmonaire diffuse devra être fait. Dans le cas contraire, c'est avec toutes les affections à marche asphyxique rapide que l'on pourra confondre les accidents ci-dessus décrits : granulie à forme suffocante, œdème aigu des poumons, bronchite capillaire, etc ...; nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel qui, le plus souvent, ne sera tranché que par l'examen attentif et minutieux des anamnestiques. Lorsqu'un malade aura présenté nettement dans ses antécédents des troubles gastro-intestinaux plus ou moins sérieux, de plus ou moins longue durée, même sans altération très sensible de l'état général, lorsqu'il aura présenté à différentes reprises, ou même une seule fois, comme dans un cas de Bard, des accidents hémorragiques, il faudra, en présence de symptômes asphyxiques survenant rapidement, penser à la possibilité d'une lymphangite pulmonaire cancéreuse et, tout au moins, discuter cette hypothèse. A plus forte raison lorsqu'on ne trouvera que cela dans les antécédents, sans aucune tare bacillaire, sans aucune maladie infectieuse, sans aucune lésion rénale.

Dans les cas un peu plus prolongés (Bard), le diagnostic sera un peu plus difficile et il faudra également discuter l'existence d'affections pulmonaires subaiguës. L'appréciation des faits sera aussi, dans quelques cas, gênée par l'apparition de température existant parallèlement à l'évolution d'une lymphangite cancéreuse du poumon (Bard).

L'observation ci-dessus vient d'ailleurs confirmer la règle générale formulée par Raynaud, à savoir que cette lésion se produisait presque exclusivement au cours des néoplasmes viscéraux. Ce fait avait d'ailleurs été établi sur l'examen des observations antérieures, publiées par Andral, Cruveilher, Grisolles, Lebert, Virchow, Wagner, Charcot et Debove, Raynaud, Hillairet, Balzer, Guttman et Schmidt, Troisier; ces faits, d'ailleurs, ne s'accompagnaient pour la plupart d'aucun symptôme, et constituèrent des trouvailles d'autopsie ; nous n'avons envisagé dans notre description, que ceux s'étant manifestés cliniquement, les autres étant impossibles à diagnostiquer. Troisier admettait que cette lésion était toujours une trouvaille d'autopsie.

D'autre part, elle vient également à l'appui de l'hypothèse de Bard, à savoir que cette complication de néoplasies abdominales, était plus fréquente chez le jeune. La malade n'avait en effet que vingt et un ans. Nous avons cherché soigneusement dans les autres observations pour voir si cette lésion avait été constatée. Quelquefois nous avons trouvé la dyspnée signalée à la fin de l'évolution du cancer diagnostiqué ou non de l'estomac ; mais, ou bien l'autopsie n'a pas été faite, ou bien celle-ci a révélé des lésions banales sans aucun intérêt. Il semble qu'il y ait là un phénomène superposable à ce qui se produit dans la tuberculose, les formes généralisées, les granulies, étantbeaucoup plus fréquentes chez le jeune.

Bard, dans son article, signale également la fréquence plus considérable ou plutôt absolue qu'il y a

pour l'homme. Il fait remarquer, en effet, que tous les cas signalés l'ont été chez l'homme. Or, dans le cas que nous rapportons, les accidents évoluèrent chez une femme.

Une chose également nous a frappé; c'est que dans les deux cas au moins, celui de Bard et celui de Devic, il existait des lésions rénales certaines et même anciennes, décelées par l'albuminurie, qui dans l'observation 71 remontait à plus d'une année. Y a-t-il simple coïncidence entre ces faits? Ou l'existence de lésions rénales a-t-elle favorisé l'apparition des lésions pulmonaires? Ce n'est pas avec deux cas que nous saurions conclure. Retenons cependant que ces lésions rénales étaient suffisament nettes dans les deux cas pour qu'on ait discuté, et même admis une fois, que les symptômes pulmonaires étaient déterminés par les lésions rénales.

D'ailleurs, si le diagnostic clinique est déjà difficile à faire, ou même si le plus souvent il n'est pas fait, le diagnostic anatomo-pathologique microscopique ne l'est souvent pas plus. Assez fréquemment, les lésions de lymphangite pulmonaire, ont été prises pour de la lymphangite suppurée, pour des lésions inflammatoires, et surtout pour de la granulie. C'est ce qui arrive dans l'observation de M. Devic.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre l'étude anatomo-pathologique de la lymphangite pulmonaire cancéreuse. Nous dirons seulement, comme l'avait établi Girod et comme l'affirme Bard, qu'elle est tout à fait différente de la généralisation pulmonaire, se faisant par noyaux plus ou moins confluents et plus ou

moins volumineux. Différente également de la lymphangite pulmonaire qui accompagne les noyaux de généralisation : ce n'est pas là le cas que nous envisageons. Quant à l'aspect qu'elle peut revêtir, Bard distingue trois formes : une première où les lésions sont en quelque sorte réduites au minimum ; les lymphatiques sont infiltrés, mais difficiles à voir ; sur la coupe ils se présentent sous l'aspect de petites granulations miliaires extrêmement fines. Il existe des lésions du parenchyme pulmonaire consistant en emphysème aigu, avec un aspect assez semblable à celui que l'on a dans la bronchite capillaire. C'est surtout sur la surface pleurale que les lymphatiques se dessinent en petites traînées lactescentes. C'est à ce premier groupe qu'appartenait le cas 71. Dans un deuxième groupe, les lésions sont plus accentuées ; les lymphatiques lactescents plus volumineux, apparaissent sur la coupe sous forme de grosses granulations que l'on peut encore prendre pour des granulations tuberculeuses ; il s'écoule parfois du liquide blanchâtre par la pression et l'on peut prendre le tout pour des lésions de lymphangite suppurée.

Dans le troisième groupe, l'origine lymphangitique étant toujours manifeste, les lésions ont débordé les parois des lymphatiques et envahi le tissu pulmonaire.

Histologiquement, et surtout dans les cas douteux, le diagnostic devient beaucoup plus facile ; nous rappelons que dans le cas rapporté ci-dessus, les lésions apparaissaient sous la forme suivante : autour d'un vaisseau en général oblitéré, et voisin ou non d'une

petite bronche se trouve une aréole composée par de petites cavités pleines, ayant manifestement une paroi propre, avec à l'intérieur, des cellules épithéliales tassées les unes contre les autres.

La répartition, dans le cas de notre malade, était également conforme à ce que l'on voit généralement ; c'est-à-dire qu'elle occupait toute la hauteur des poumons, en prédominant aux bases.

Nous n'insisterons pas sur les discussions qui ont eu lieu touchant la nature, la pathogénie de cette lésion ; car rien dans le cas que nous rapportons, ne vient modifier ou infirmer les idées émises par Girode et par Bard, et que l'on trouvera dans leurs articles où ils discutent les différentes opinions émises. Disons simplement qu'à l'heure actuelle, la lymphangite pulmonaire cancéreuse se présente comme une lésion bien spéciale, différente de la généralisation pulmonaire, se produisant brusquement et probablement amenée par la récurrence lymphatique, après généralisations ganglionnaires cervico-médiastines, le jeu de l'appareil pulmonaire favorisant cette marche rétrograde (Girode, Bard). Dans le cas 71, les ganglions du hile avaient une apparence caséeuse ; l'examen histologique n'en a pas été pratiqué.

Quant au mécanisme de l'asphyxie, il est probable que l'opinion de Troisier a une part de vraisemblance ; il admet, en effet, que celle-ci se produit par l'extension de l'appareil lymphatique aux dépens des alvéoles comprimés. Mais nous présentons également une autre hypothèse, qui sera peut-être vérifiée par des examens histologiques plus nombreux. Une chose

frappe, en effet, lorsqu'on examine une coupe des poumons de notre malade ; c'est que les boyaux lymphangitiques cancéreux sont toujours disposés autour d'un vaisseau oblitéré. Peut-être cette réduction considérable de la vascularisation est-elle pour quelque chose dans les phénomènes asphyxiques intenses, car elle doit nécessairement s'accompagner d'une diminution considérable du champ de l'hématose. Peut-être même l'affection évolue-t-elle en deux temps correspondant aux deux phases cliniques que l'on observe parfois, l'une de dyspnée peu marquée, l'autre de dyspnée intense survenant brusquement. A la première période, se produiraient les lésions lymphangitiques ; à la seconde, l'oblitération des vaisseaux étouffés, encerclés par les lymphatiques envahis. Ce sont simplement des hypothèses que nous émettons et qui ne pourront être vérifiées que par des examens histologiques répétés, venant se surajouter à des examens cliniques bien faits.

QUELQUES MOTS D'ANATOMO-PATHOLOGIE

Il n'entre pas dans notre plan de traiter de l'anatomo-pathologie du cancer d'estomac chez le jeune ; dans ses grandes lignes, soit au point de vue macroscopique, soit au point de vue microscopique, il ne nous a pas semblé présenter de caractères particuliers; d'une façon générale, les aspects de la tumeur sont superposables à ceux du cancer de l'adulte ; l'on y trouve les mêmes formes, les mêmes apparences et dans la même proportion, sans qu'il semble y avoir prédominance pour une forme spéciale ; macroscopiquement, nous y retrouvons l'aspect de « squirre », d' « enphaloïde », de tumeur colloïde, de forme ulcéreuse, avec des expressions variables, suivant les auteurs ; histologiquement, on retrouve également les différentes formes de cancer de l'estomac que l'on a chez l'adulte, avec des définitions et des interprétations variables, suivant les auteurs et la conception qu'ils se font des lésions néoplasiques. Nous n'avons aucun fait nouveau à apporter au point de vue anatomo-pathologique.

Une chose cependant nous semble intéressante, et nous la rapportons à cause de son importance cli-

nique, venant d'ailleurs à l'appui de ce que nous avons déjà dit. Sur la totalité des cas recueillis, complets ou incomplets, le siège de la tumeur est signalé 62 fois, vérifié par l'autopsie ou l'intervention (nous n'avons tenu compte que des cas certains). Or, sur 62 cas, nous trouvons 38 fois, chiffre considérable, la présence de la tumeur au niveau de la région pylorique, ou à la fois de la région pylorique et juxta-pylorique. Sur les autres cas, 5 fois la tumeur était nettement localisée à la région prépylorique, sans envahissement du pylore lui-même. C'est donc 43 cas, sur 62, de lésions néoplasiques siégeant au niveau de la région pylorique et juxta-pylorique. Dans quelques-uns des cas signalés ci-dessus, il y avait envahissement de la petite courbure. Celle-ci était prise pour son compte exclusif 3 fois seulement. Nous trouvons le cardia signalé 5 fois : 3 fois dans les formes ayant donné des symptômes gastro-intestinaux ; et, coïncidence intéressante, 2 fois (sur 5) dans les cas à forme larvée anémique.

Les 11 cas restants se répartissent sur le ventricule, les faces antérieure et postérieure. Dans quelques-uns de ces cas (tous étant compris), il y avait envahissement d'une assez grande partie des parois de l'estomac.

Comme nous l'avons fait remarquer, il est assez difficile de toujours superposer les symptômes cliniques observés, à l'aspect, la formule histologique de la tumeur. Une chose paraît cependant avoir une importance primordiale, c'est la localisation de la tumeur donnant, dans la plupart des cas, une symptomatologie

spéciale. Ceci est surtout net pour le cardia et le pylore ; encore tous les cas vérifiés à l'autopsie ou à l'opération et siégeant au niveau des orifices, n'ont-ils pas tous donné le symptôme clinique sténose du pylore ou sténose du cardia. Dans plusieurs observations, on signale, en effet, que le néoplasme, quoique envahissant le pylore, laissait cependant l'orifice pylorique relativement perméable.

Les néoplasmes des faces et des courbures donnent le plus souvent une symptomatologie fruste ou larvée ; soit celle d'une affection chronique de l'estomac (forme dyspeptique, forme d'ulcère); soit celle d'une affection générale (anémie pernicieuse).

Il nous a paru intéressant de faire ressortir cette localisation très fréquente du cancer à la région pylorique, chez le jeune.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer de l'estomac chez le jeune n'est pas une rareté pathologique.

II. — Il y a lieu de distinguer plusieurs formes, les unes à symptomatologie typique gastrique, les plus fréquentes ; les autres, frustes et larvées, un peu plus rares.

III. — Dans le premier groupe, les symptômes sont, dans la très grande majorité des cas, semblables à ceux du cancer de l'estomac chez l'adulte. Seule l'évolution est parfois un peu différente. Il faut distinguer, en effet :

a) Des cas à symptômes gastriques nets, pouvant s'accompagner de tumeur, mais à évolution rapide, quelquefois inférieure, mais très rarement à 4 mois, particuliers au jeune.

Faisons remarquer cependant que, chez l'adulte, on a décrit également des formes rapides ;

b) Des formes moyennes, comme durée, comprenant la plupart des cas à symptomatologie gastrique, d'évolution peut-être un peu plus rapide que chez l'adulte, mais beaucoup moins, à notre avis, qu'on ne l'a dit jusqu'à présent ;

c) Il existe manifestement des formes à évolution lente, d'une durée supérieure à 2 ans.

IV. — Dans le second groupe, comprenant les formes larvées et frustes, nous citerons, d'après nos observations :

a) Des formes larvées à masque d'anémie grave ou d'anémie pernicieuse qui, dans les cinq cas recueillis, ont eu une évolution rapide, de 2 mois en moyenne. Il semble s'agir là d'une forme particulière au jeune ;

b) Des formes frustes, telles que le cas de M. Devic, où il s'est agi d'une forme dyspeptique très ancienne comme durée et terminée par des accidents brusques de lymphangite pulmonaire.

V. — La lymphangite pulmonaire cancéreuse diffuse, se traduisant par une asphyxie en général rapide, peut être une des complications du cancer d'estomac chez le jeune.

VI. — Le néoplasme de l'estomac, chez le jeune, siège, dans la majorité des cas, au niveau de la région pylorique et juxta-pylorique (43 fois sur 62 cas contrôlés).

VII. – Il n'y a qu'un traitement rationnel, une fois le diagnostic établi, c'est l'intervention chirurgicale aussi précoce et aussi étendue que possible.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TRIPIER

Vu :
POUR LE DOYEN, L'ASSESSEUR,
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 2 juiillet 1907.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Les indication marquées L. C. *ont trait à la lymphangite cancéreuse.*

ALBERTONI PIETRO, Studio clinico sull' adenoma dello stomaco *(Archivio italiano di clinica medica*, 1889, anno XXVIII, fondata IV, 31, XII, 89).

ANDRAL, *Clinique medicale*, 1831, t. IV, p. 74.

— *Clinique médicale*, 1834, L. C.

ASHBY and WRIGHT, *The diseases of children.*

AUDIBERT, Cas de cancer de l'estomac chez une femme de vingt-cinq ans *(Lyon médical*, 13 août 1876).

BALZER, *Société anatomique*, 1876, L. C.

BAMBERGER, *Handbuch des speciellen Patholog. und Therap. Von Virchow*, t. VII, p. 305, 1855.

BARD, Note sur un cas de cancer précoce de l'estomac *(Lyon médical*, 1884).

— Formes cliniques du cancer de l'estomac *(Sem. méd.*, 24 août 1904).

— Lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée *(Sem. méd.*, 28 mars 1906).

BARTHOLOW, *New-York med. Journ.*, 1879, p. 337.

BETTELHEIM, *Wiener med. Presse*, XVIII, 20-27, 1877.

BEYLE, *Dictionnaire en 60 volumes.*

BORRMANN,

BOUVERET, *Traité des maladies de l'estomac.*

— Sténoses pyloriques *(Lyon médical*, 1901).

BRAUTIGAM, *Ueber den Magenkrebs* (Inaugural Dissert. Wurzburg, 1883).

BRINTON, *Traité des maladies de l'estomac*, traduct. Riant, Paris, 1870, p. 294.

CATTRIN, *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, mai 1895.

CAYROL, *Dictionnaire en 60 volumes.*

CHARCOT et DEBOVE, *Soc. anat.* 1872, L. C.
CHARDEL, *Monographie des dégénérescences squirreuses de l'estomac*, Paris, 1868, p. 198.
CHLUMSKY, Weitere Erfährungen uber die gastro-enterostomie Tubingen, 1900 (*Beiträge zur klinishen Chirurgie*, Bd XXVII, Heft. I, S, 29).
CLAVELIN, *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, Paris, 1890.
CRUVEILHIER, *Anat. patholog. générale*, vol. II, L. C.
CULLINGWORTH, *British med. Journal*, 1877, August., p. 253.
CUNÉO, Thèse Paris, 1900.
CZERNY, Voir les dix dernières années des Jahresbericht der Heidelberg (in *Beiträge zur klinishe Chirurg.).*
DAMASCHINO, *Maladies des voies digestives*, Paris, 1880.
DEBOVE, *Gazette des Hôpitaux*, 1889.
DEBOVE et RÉMOND, *Traité des maladies de l'estomac.*
DEBOVE, *Société anatomique*, 1873-1879 ; *Progrès médical*, 1874, L. C.
DE LA CAMP, *Centralblatt fur Allg. Patholog.*, 1897, S. 708.
DEFONTAINE, *Gazette des Hôpitaux*, 1893.
— Thèse Guinard, obs. 143, p. 236, Paris, 1898.
DESFOSSEZ, Thèse Paris, 1901, p. 35.
DITTRICH, *Prager Vierteljahreschrift*, 1846, Bd XIII, p. 167. Bd VIII.
DOCK, *American Journal of medical Sciences*, june 1897.
DUJARDIN-BEAUMETZ, *Traité des maladies de l'estomac*, Paris, 1891.
DUPLANT, Thèse Lyon, 1898.
DUZÉA, *Gazette des Hôpitaux*, 5 mai 1887.
EICHORST, *Traité des maladies de l'estomac*, Paris, 1889.
EBSTEIN, *Sanurburg klinish, Vorträge*, n° 87, 1875, p. 36.
GANDER, Thèse Berne, 1904.
GIRODE, Lymphangite cancéreuse pleuro-pulmonaire sans cancer du poumon (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1889).
GLYNN, Liverpool medical Association : malignant disease of the pylorus in a youth (*Lancet*, 1896, vol. II, p. 1232).
GRISOLLE, *Patholog. interne*, vol. II, L. C.
GUINARD, Thèse Paris, 1898.
GURLT, Beitrage zur..., Bd XXV, p. 443.
GUSSENBAUER und WINIWARTER, *Arch. fur klin. Chirurgie*, Bd XIX, 1876, S. 372.
GUTTMANN et SMITH, *Berl. klin. Wochens*, 1881.

HABERKANT, Zuzammenstellung von sämmtlichen in den Jahren 1879-1894, ausgefürhten totalem Pylorus resectionnen (*Arch. f. klin. Chirurg.*, Bd. LI, 1895).

VON HACKER, *Wien. klin. Woch.*, 1892 (*in* thèse Guinard).

HILLAIRET, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1874, L. C.

HORAND, *Syphilis et cancer* (thèse Lyon, 1906).

HIRTZ et LESNÉ, *Médecine moderne*, 29 juillet 1896.

HUTCHINSON, *Philadelph. med. Times*, I, 13 avril 1871, rapporté par Scholz., Inaugural dissert, Breslau, 1886.

JACCOUD, *Pathologie interne*, t. II.

JACKSON, *Transact of the Patholog. Soc. Lond.*, 1885, vol. XXMI, p. 195.

KATZENELLENBOGEN, Thèse Iéna, 1878.

KAUFMANN, *Lehrbuch des speciezellen Pathol.*, 1896, p. 686, S. 314.

KAULIEH, *Prag. Med. Wochenschrift*, 1865, t. I.

KOCHER, Voir MATTI.

KOSTER et BOAS, *in* Thèse Gander.

KUHN, *Lancet*, 1897, vol. I, p. 1194.

LANDOUZY, *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1875.

LANGE, *Ueber des Magenkrebs und seine Metastasen*, Berlin, 1877, Inaugur. dissertation.

LEBERT, *Maladies cancéreuses*, Paris, 1851.

— *Deutshes Arch. für klin. Medicin.*, Bd XIX, 1877, p. 515.

— *Anat. patholog.*, vol. I, L. C.

LERICHE, Thèse Lyon, 1906.

LEUBE, *Magenkrankheiten in Zieemsen's Handbuch*, Hft 3, Bd VII, 1878, p. 125.

LINDER und KUTTNER, *Die Chirurgie des Magens.*, Berlin, 1898.

LOISEAUX, Thèse Paris, 1875.

LOUIS, Hypertrophie de la tunique musculaire de l'estomac dans le cancer du pylore (*Recherches d'anat. path.*, Paris, 1826).

MARC D'ESPINE, *Essai analytique de statistique mortuaire comparée*, Genève et Paris, 1858.

MATHIEU, Thèse Lyon, 1884.

MATHIEU (Albert), *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, mai 1895.

MATTI, *Deutshe Zeitschrift für Chirurgie*, 1905, p. 143.

MEISSNER, *Schmidt's Jahrbücher*, 1879, t. 183.

MICKULICZ, Voir BORRMANN.

MOORE NORMAN, Patholog. Society of London, 10 novembre 1884 (*Medical Times*, 1884).

NOTHNAGEL.

OSLER et MAC CRŒ, *Cancer of the stomach, a clinical Study*, London, 1900.

PIERRE, *Journal de Médecine et de Pharmacie militaire*, 1903, p. 126.

PILLON, *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1856, p. 430.

POLLOSSON et TIXIER, *in* Thèse Leriche, Lyon, 1906, p. 300.

RAYNAUD, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1874, L. C.

REGNAULT, *Anémie pernicieuse progressive et cancer latent de l'estomac* (Thèse Lyon, 1904).

REICHERT, Thèse Berlin, 1868.

REIMBRECHT, *Ein Fall von magen Carcinoms bei einem 21 jahrigen Mädchen* (Inaugural dissertation, Berlin, 1886).

RESIBOIS, Thèse Paris, 1904.

REYNOLDS, *A system of medicine*, Londres, 1872.

ROBIN, *Traité des maladies de l'estomac.*

ROQUE et BANCEL, *Lyon médical*, 1903, p. 218.

RUHLE, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1877, p. 157.

RUTIMEYER, Zum Klinishen verhalten des Magencarcinoms *(Corespondenzblatt fur Schweizerarzte).*

SANEROT, Thèse Lyon, 1906.

SCHULZ, *Ueber Magenkrebs im Jugendlichen Alter* (Inaugural dissertation. Gottingen, 1886).

SHEFFER, *Jahrbuch fur Kinderkeilkunde*, Bd XV, Leipzig, 1880.

SHRADER, *Beiträge zur Statistik des Magenkrebs* (Inaugur. dissertation, Breslau, 1880).

STEUDEL, Aus der Heidelberg Chirurgischen Klinik des Prof. Czerny (in *Brums klinishe Chirurgie*, 1899, t. 23).

TERRIER et HARTMANN, *Chirurgie de l'estomac*, Paris, 1899.

TORNOW OTTO, *Statistik des Magencarcinoms* (Inaugur. dissert., Kiel, 1900).

TRIPIER, Diarrhée dans le cancer d'estomac *(Lyon médical*, 1881).

TROISIER, *Société anatomique*, 1873 ; *Arch. de physiol.*, 1874 ; Thèse Paris, 1874 ; *Société médicale des Hôpitaux*, 1886, L. C.

ULLÉ, Bulletin de la Société anatomique, 1870, p. 120.

VALLEIX, *Guide du médecin praticien*, p. 590.

VIANNAY, *Gazette des Hôpitaux*, 1899.

VIRCHOW, *Patholog. des tumeurs*, vol. I.

WAGNER, *Arch. des Heik*, 1863.

Werner, *Wurtemberger Correspondenzblatt*, XXXIX, 1896.
Widerhofer, *Jahrbuch fur Kinderkeilkunde Alte-Reich*, Bd II, p. 194.
Wilde, *Ueber das Vorkommen des Krebses bei jugendlichen Individuen*, Kiel, 1892 (Inaugur. dissertat.).
Wiliamson, London and Edinbourg Monkley *(Journ. of medecine*, 1841).
Wilson Fox, *Traité de Pathologie de Reynolds.*
Wolfer, *Wiener klinishe Wochenschrift*, 28 juin 1894, S. 485.

TABLE DES MATIÈRES

Lyon. — Imprimerie A. REY et Cie, 4, rue Gentil. — 46337